



CATOLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

---

PORTO

*GÉNERO E CRISE PSICOLÓGICA EM  
AMBIENTES RECREATIVOS NOTURNOS – UM  
ESTUDO COM MULHERES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

*Cristina Alexandra dos Santos Ferreira*

Porto, Junho de 2018



CATOLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

---

PORTO

*GÉNERO E CRISE PSICOLÓGICA EM  
AMBIENTES RECREATIVOS NOTURNOS – UM  
ESTUDO COM MULHERES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

*Cristina Alexandra dos Santos Ferreira*

Trabalho efetuado sob a orientação de

*Professora Doutora Maria Carmo de Azevedo Carvalho*

Porto, Junho de 2018

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria do Carmo Carvalho, por todo o apoio que me deu ao longo deste caminho de crescimento académico e pessoal. O meu enorme obrigado por toda a partilha de experiências e conhecimentos que, sem dúvidas, se demonstraram muito importantes nesta etapa.

À Professora Doutora Filipa Palha, pelo enorme apoio que me forneceu na última etapa deste projeto, tornando a sua conclusão uma possibilidade em aberto.

Aos meus pais, os meus pilares e exemplos de vida, um muito obrigado por me terem acompanhado neste percurso. Obrigada por escutarem todos os meus desabafos e inquietações. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando eu já não me sentia merecedora de tal. Obrigada por me ajudarem a nunca desistir mesmo quando a motivação se dissipava. Obrigada por exigirem o melhor de mim e nunca me terem deixado vagar na vida. Obrigada por serem o meu mundo. Obrigada por serem os meus pais.

Ao meu irmão Nuno, por tudo o que representa para mim. Não consigo pôr em palavras o quão grata estou por partilhar a minha vida contigo. Obrigada por todos os sorrisos, por todas as aventuras e momentos que partilhámos. Obrigada por me veres como um exemplo. Obrigada por seres o MEU exemplo e orgulho.

Aos meus tios e segundos pais, Tia Laurinda e Tio Maia. Obrigada por me educarem e me criarem com tanto amor. Não poderia ser quem sou hoje se não fosse por vocês. Muito obrigada por me amarem.

Ao meu irmão de “laços” Carlos. Obrigada por cuidares de mim desde sempre. Obrigada por seres meu irmão.

Aos meus amigos de sempre, Filipe, Paula e Vera, obrigada por me apoiarem nos meus maus momentos. Obrigada por todo o carinho, amor e força que me transmitiram durante esta etapa académica. Obrigada por me compreenderem e me assegurarem o maior abraço de conforto. Obrigada por me aceitarem na vossa vida hoje e sempre. O

meu sincero obrigado.

À minha querida amiga Diana, o meu maior obrigada pela alegria que trazes à minha vida. Obrigada por todas as lágrimas mas também sorrisos, por todos os momentos que partilhámos, por toda a amizade sincera e por estares sempre do meu lado. Que esta aventura nunca termine e continuemos a partilhar momentos no futuro.

Por fim, à minha família por me apoiar em todos os momentos, confortando-me quando necessário e festejando cada sucesso com alegria e carinho.

A todos o meu **muito obrigado!**

## **Resumo**

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) tem apresentado uma forte associação com o contexto recreativo noturno. Aliado a este fator surge a emergência do papel ativo das mulheres em eventos recreativos e no aumento significativo do consumo de substâncias no universo feminino. Considerando a escassez de produção teórica quanto a estas duas últimas temáticas, torna-se pertinente estudar e compreender as componentes do consumo no universo feminino nomeadamente em ambientes recreativos. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a população feminina utilizadora de SPA em ambientes recreativos noturnos (ARN).

Os resultados do presente estudo não permitem generalizações, no entanto foi possível averiguar que os consumos femininos ocorrem nomeadamente na companhia de amigos, na pista de dança do evento e, por via de ingestão oral. Emergiu ainda a significância dos policonsumos e o papel central de LSD nestes. Concluiu-se ainda que, a procura por ajuda em centros de serviço de intervenção em crise é significativo e sucede principalmente por experiências difíceis e intencionais, com uso de SPA; o que destaca ainda a prevalência expressiva do consumo feminino em ARN.

**Palavras-Chave:** mulheres; consumos; substâncias psicoativas; contextos recreativos

## **Abstract**

The consumption of psychoactive substances (SPA) has presented a strong association with the recreational context. Allied to this factor is the emergence of the active role of women in recreational events and the significant increase in the consumption of substances in the feminine universe. Considering the scarcity of theoretical production about these last two topics, it becomes pertinent to study and understand the components of consumption in the feminine universe in particular in recreational environments. Thus, the present study aims to feature the women SPA user in recreational environments at night (RNA)

The results of this study do not allow generalizations; however it was possible to ascertain that the female consumption occurs particularly in the company of friends, on the dance floor of the event and, through oral ingestion. Yet the significance of poly drug use emerged and the central role of LSD in these. It was concluded that the demand for help in service centers of intervention in crisis is significant and succeeds mainly by difficult experiences and purposeful, with use of SPA; what highlights the significant prevalence of female consumption in RNA

**Keywords:** women; consumption; psychoactive substances; recreational contexts

## **Lista de Acrónimos**

2CB	2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethanamine
ARN	Ambiente Recreativo Noturno
DMT	Dimetiltryptamina
DOC	2,5-Dimethoxy-4-chloroamphetamine
GHB	Ácido Gama hidroxibutírico
LSD	Dietilamina do ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilenodioximetanfetamina
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPA	Substâncias Psicoativas
V.F.F	Formulário de feedback do utente (Visitor Feedback Form)
V.R.F.A	Relatório do utente à chegada (Visitor Report Form Arrival)
V.R.F.D	Relatório do utente à saída (Visitor Report From Departure)

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>2</b>
1. Substâncias Psicoativas e Efeitos de Consumo .....	2
2. Padrões e Prevalência do Consumo Feminino .....	3
3. As Mulheres e os Usos de Substâncias em Ambientes Recreativos Noturnos .....	5
4. Experiência de Crise.....	8
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
1. Amostra .....	12
2. Instrumentos .....	12
3. Procedimentos .....	13
3.1. Recolha de Dados.....	13
3.2. Análise Estatística .....	15
<b>CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
1. Apresentação dos Resultados .....	15
1.1 Caracterização Sociodemográfica das Participantes. ....	15
1.2. Uso de Substâncias Psicoativas .....	16
1.2.1. Substâncias Psicoativas mais consumidas pelas mulheres .....	16
1.2.2. Padrões de Consumo.....	17
1.2.3. Policonsumo de SPA no universo feminino .....	21
1.3. Adesão das participantes a um serviço de intervenção em crise: tipo de crise e modalidades da adesão .....	22
1.4. Afluência e grau de exposição da população feminina a um serviço de intervenção em crise.....	23
2. Discussão dos Resultados.....	23
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>



## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1: Instrumentos</b> .....	42
1.1. Visitor Report Form/Arrival ( <i>V.R.F.A</i> ) .....	43
1.2. Visitor Report Form/Departure ( <i>V.R.F.D</i> ) .....	45
<b>Anexo 2: Estatísticas Descritivas dos Dados</b> .....	46
2.1. Frequência de participação das mulheres no festival .....	47
2.2. Prevalência de Consumo de SPA na população feminina (por cada ano) .....	48
2.3. Prevalência de Consumo por faixa etária .....	49
2.4. Padrões de Consumo de <i>Cannabis</i> .....	49
2.5. Padrões de Consumo de Álcool .....	50
2.6. Padrões de Consumo de Cocaína.....	50
2.7. Padrões de Consumo de Anfetaminas .....	51
2.8. Padrões de Consumo de <i>Ketamina</i> .....	51
2.9. Padrões de Consumo de Cogumelos.....	52
2.10. Padrões de Consumo de 2CB .....	52
2.11. Padrões de Consumo de DMT .....	53
2.12. Padrões de Consumo de Ópio.....	53
2.13. Padrões de Consumo de Substâncias Indefinidas .....	54
2.14. Padrões de Consumo de <i>Ecstasy</i> .....	54
2.15. Padrões de Consumo de GHB .....	54
2.16. Padrões de Consumo de Mescalina .....	55
2.17. Padrões de Consumo de DOC .....	55
2.18. Combinações de SPA (mais significativas) dos policonsumos no universo feminino ...	55
2.19. Modalidades de adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise .....	56
2.20. Número de participantes no serviço de intervenção em crise em cada dia do festival ao longo das edições de 2012,2014 e 2016 .....	56

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caraterização Sociodemográfica das participantes .....	15
<b>Tabela 2:</b> Frequências descritivas de SPA usadas pelas mulheres .....	16
<b>Tabela 3:</b> Padrões de Consumo de LSD .....	18
<b>Tabela 4:</b> Padrões de Consumo de MDMA .....	18
<b>Tabela 5:</b> Policonsumo de SPA no universo feminino.....	21
<b>Tabela 6:</b> Policonsumo de SPA no universo feminino (por número de substâncias em simultâneo).....	21
<b>Tabela 7:</b> Motivos da adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise .....	22
<b>Tabela 8:</b> Modalidades de saída das participantes do serviço de intervenção em crise .....	23

## INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias é um dos fenómenos mais antigos na história social humana, tendo estado sempre presente em diversas formas e contextos (Ferreiros, 2003; Pereira, 2014). Ao longo da história da humanidade o fenómeno de uso de substâncias passou por um longo processo de oscilação entre a criminalização e a normalização (Silva, 2012) - até chegar aos dias de hoje, onde as drogas apresentam um papel recreativo na sociedade, nomeadamente junto do público juvenil (Araújo, Carvalho, Bastos, Pinho & Carvalho, 2015; EMCDDA, 2009; Trigueiros & Carvalho, 2010).

Associado a esta tendência atual do fenómeno de consumo encontram-se os ambientes recreativos noturnos (ARN), onde se tem observado uma emergência do papel ativo das mulheres e, por conseguinte um aumento significativo do consumo feminino (Carvalho, 2016). Apesar da prevalência do uso de substâncias ser superior no género masculino, surgiram recentemente evidências de que esta diferença tem apresentado um decréscimo significativo (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2009). Seja pela facilidade que as mulheres apresentam na obtenção de substâncias ou pelas mudanças ao nível de padrão e estilo de vida das mulheres no último século (Gomes, 2010) – o certo é que se observa uma gradual minimização das diferenças de género no consumo em ambientes recreativos noturnos (Gourley, 2004 cit. in Cruz, Machado & Fernandes, 2010).

Desta forma, seguindo o exposto anteriormente e, a parca investigação existente, o objetivo geral do presente estudo é contribuir para a caracterização da população feminina utilizadora de SPA em ambientes recreativos noturnos (ARN). Para além disto, pretende-se ainda caracterizar a população feminina utilizadora de substâncias que exhibe crise em ARN; caracterizar o tipo de crise experienciada pelas mulheres utilizadoras de substâncias; caracterizar as situações de chegada das utentes a um serviço de intervenção em crise e, por fim, conhecer a afluência e o grau de exposição das utentes à intervenção.

A nível estrutural este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. A primeira secção consiste no enquadramento teórico onde são exploradas temáticas como: história do consumo feminino, conceitos de substâncias psicoativas e grupos inerentes, efeitos do consumo, padrões e prevalência de consumo subjacente às mulheres, emergência dos policonsumos, relação entre o consumo e ambientes recreativos e, as experiências de crise. Relativamente ao segundo capítulo, encontra-se descrita a metodologia do estudo relativamente aos participantes, instrumentos,

procedimentos, recolha e análise de dados. Como terceiro ponto, são apresentados os resultados do estudo e a sua discussão à luz da literatura. Por fim, encontra-se uma integração das principais conclusões do estudo e a explanação das limitações do mesmo.

## **CAPITULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. Substâncias Psicoativas e Efeitos de Consumo**

As substâncias psicoativas referem-se a um conjunto extenso e diversificado de substâncias com efeitos distintos sobre a percepção, o pensamento, o estado de ânimo ou as emoções do consumidor (Nascimento, 2008; SICAD, 2014). Este agrupamento de substâncias apresenta significados diferentes para aqueles que as consomem, assim como cada substância apresenta uma capacidade distinta de produzir ou não dependência no consumidor (SICAD, 2014). Dentro deste vasto leque de substâncias, tendo em conta o contexto do estudo, interessa-nos particularmente a exploração das substâncias psicadélicas ou, por outros termos, alucinogénias (Baldaçara, 2009).

As drogas psicadélicas (ou alucinogénias) são substâncias que foram ilegalizadas pelas suas características e componentes, associadas a um risco elevado à saúde humana. A sua categorização não é, porém, consensual. Inicialmente estas substâncias eram descritas como potenciadoras de dependência orgânica para o consumidor e sem qualquer utilidade terapêutica; todavia, atualmente, esta noção tem sido refutada por diversos estudos que demonstram que estas substâncias não promovem dependência orgânica ou síndrome de abstinência e, possuem um elevado potencial de aplicação terapêutica (Baldaçara, 2009; Escobar & Roazzi, 2010).

Na literatura é indicado que as drogas psicadélicas podem ter origem natural ou sintética (Gil, Gimenez & De Sauez, 2014; Silva, 2011). As drogas psicadélicas de origem sintética são desenvolvidas de forma artificial por meios científicos e laboratoriais, sendo que as substâncias sintéticas mais reconhecidas no quadro psicadélico são o ácido lisérgico (LSD) e o MDMA. Já as drogas psicadélicas naturais são obtidas a partir elementos orgânicos como plantas que possuem propriedades alucinogénias, como por e.g. a psilocibina (cogumelo mágico), a mescalina, a *Salvia divinorum*, entre outras.

As substâncias psicadélicas consistem, então, em substâncias químicas que perturbam, temporariamente, a atividade do sistema nervoso central (SNC), induzindo estados alterados de consciência e/ou percepção no sujeito (Azevedo, 2015; Dinis-Oliveira, 2014). Este efeito é, comumente, reconhecido como *expansão da*

*consciência/mente* que consiste numa experiência de consciência ampliada e elevada (Baldaçara, 2009). Dito de outro modo, uma droga psicadélica aumenta a capacidade de pensamento e, induz mudanças de percepção no sujeito, sem causar dependência física ou problemas de ordem fisiológica. Tal significa que uma substância psicadélica apresenta efeitos colaterais mínimos ao nível do sistema nervoso autónomo (SNA) (ex: controlo da circulação sanguínea e aparelho respiratório) do sujeito utilizador (Dinis-Oliveira, 2014; Schneider & Antunes 2010), embora existam condições clínicas (ex: doenças do fígado ou cardiovasculares) que podem tornar-se fatores de risco à saúde do utilizador, aquando o consumo e consequentes efeitos deste (Schneider & Antunes 2010).

Como já mencionado, as substâncias psicadélicas causam efeitos característicos e únicos a nível da percepção, do pensamento, dos sentimentos humanos e a nível somático (Costa, 2014; Nascimento, Lima & Silva, 2017). A nível percetivo, causam dificuldades de focagem em objetos, formas e cores alteradas e, um apurado sentido de audição e sinestesia. A nível psíquico causam alterações de humor, tensão, dificuldade de expressar sentimentos, desorientação temporal, despersonalização e alucinações visuais ou percepção sem objeto. Por fim, a nível somático podem levar a tonturas, fraqueza, sonolência e visão turva (Escobar & Roazzi, 2010; Oliveira, 2014).

É de salientar que, a literatura científica indica que, a maioria das pessoas têm reações agradáveis às substâncias e, uma minoria apresenta reações desagradáveis. Sendo que, em acréscimo, uma fração escassa tem reações psicóticas que podem durar horas ou meses (Schneider & Antunes 2010).

## **2. Padrões e Prevalência do Consumo Feminino**

Nas últimas duas décadas, tanto a nível nacional como internacional, os padrões de uso de substâncias têm sofrido transformações significativas marcadas pelo aumento tendencial do consumo de substâncias psicoativas (Balsa, Vital & Urbano, 2017) acompanhado por uma redução do consumo problemático e abusivo (Bernardo & Carvalho, 2012; Negreiros & Magalhães, 2009).

Os dados epidemiológicos indicam uma tendência de maior consumo de substâncias psicadélicas (ou alucinogénias) e, simultaneamente, um decréscimo do consumo de heroína e outros estupefacientes aos quais está mais tradicionalmente associado o fenómeno da dependência (Balsa, Vital, Urbano & Pascoeiro, 2007; Carvalho, 2007; DSM-5, 2014; Trigueiros & Carvalho, 2010). Esta tendência de aumento no consumo de psicadélicos parece advir do seu perfil não-problemático e

esporádico ou experimental (Balsa, 2005; Carvalho, 2008). Ou seja, segundo a literatura, o comportamento de consumo de psicadélicos ocorre de forma controlada, em situações recreativas ou de socialização, e não apresenta riscos para a saúde e atividades diárias do consumidor (Balsa, Vital, Urbano & Pascoeiro, 2007; Dinis-Oliveira, 2014; Schneider & Antunes 2010).

Quanto ao contexto português entre 2012 e 2017, apesar da larga abstinência de consumo de substâncias psicoativas ilícitas (90%) e, particularmente, alucinogénios (99.8%); registaram-se comportamentos de consumo direcionados tendencialmente para substâncias lícitas como o álcool e, substâncias psicadélicas, como LSD, *ecstasy*, cogumelos mágicos e anfetaminas. Particularmente, junto da população feminina, no período entre 2012 e 2014, constatou-se um aumento da prevalência de consumo de cogumelos mágicos – atingindo níveis de consumo semelhantes aos dos homens – e de *cannabis* (de 1.8% para 2.7%) (SICAD, 2014). Verificou-se ainda, que a prevalência de consumo ao longo da vida de SPA como *cannabis*, *ecstasy*, anfetaminas e cogumelos mágicos tem diminuído entre o público masculino e aumentado na população jovem feminina (15-24 anos) (Baldaçara, 2009; SICAD, 2017). É de denotar que, a nível europeu verifica-se uma significativa prevalência de consumo de benzodiazepinas junto do género feminino entre os 34-45 anos (SICAD, 2016).

De acordo com a literatura, o consumo no universo feminino centra-se em substâncias que não se apresentam como condicionantes à realização das tarefas diárias na sua máxima competência (ex: tarefas domésticas, papel familiar) (Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann & Junior, 2004). Entre elas estão indicadas os estimulantes, as benzodiazepinas, os analgésicos, e substâncias psicadélicas – como é verificável nos estudos acima explanados (Faria, David & Rocha, 2011; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007). No entanto, tem-se evidenciado ainda um aumento expressivo de perturbações relacionadas com o álcool (Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008; Guimarães, Hochgraf, Brasiliano & Ingberman, 2009), substância a qual é indicada, teoricamente, como parte significativa do universo do consumo feminino (Hien & Hien, 1998).

Ainda na linha das características do consumo feminino, tem-se observado que apesar da prevalência do uso de substâncias ser mais acentuada na população feminina jovem adulta (18-36 anos), (Elberder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008), o início do consumo é cada vez mais precoce, o que aumenta substancialmente o risco de dependência na vida futura da consumidora (Guimarães, Hochgraf, Brasiliano & Ingberman, 2009). Ora, como se denotou no estudo de Thomas, Deas e Grindlinger

(2003) existe uma maior tendência das mulheres em consumir compulsivamente e em idades mais precoces do que os homens. De facto, as mulheres progridem mais rápido para o consumo dependente do que os homens, evoluindo do uso recreativo para o uso regular em cerca de metade do tempo do sexo oposto (Elberder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008; Harrison, Fulkerson & Beebe, 1998).

Assim, e apesar de, no geral, a prevalência do uso de substâncias continuar a ser superior no género masculino (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2009; Simões, Batista-Foguet & Simons-Morton, 2014), observa-se um decréscimo na diferença entre géneros, com um aumento do consumo de substâncias no universo feminino (Carvalho, 2016; Simões, Batista-Foguet & Simons-Morton, 2014; Simons-Morton, Farhat, Terbogt, Hublet, Kuntsche & Gabhainn, 2009).

Com o objetivo de explicar a atual aproximação entre géneros quanto ao consumo, Cruz, Oliveira, Pinho, Coimbra, Kantorski e Oliveira (2014) referem a facilidade e acessibilidade que as mulheres têm na obtenção das substâncias, assim como as mudanças de padrão e estilo de vida das mulheres no último século associados aos movimentos feministas (Gomes, 2010; Loureiro, 2012). Porém, mesmo com este cenário consolidado nas últimas décadas, não se deve descurar a presença ativa da dupla estigmatização social de que as mulheres consumidoras são alvo - pelo ato do consumo e pelo desrespeito aos papéis socialmente determinados como papéis do género feminino (Galera, Roldán & O'Brien, 2005; Oliveira & Paiva, 2007).

Quanto aos fatores propulsores do consumo feminino, a literatura indica que as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade à pressão do grupo de pares, o que pode contribuir significativamente para o uso e consumo de substâncias psicoativas (Simões, Batista-Foguet & Simons-Morton, 2014). Assim como é evidenciado que o primeiro contacto com a substância ocorre tendencialmente na companhia de amigos (Galhardo, Cardoso & Marques, 2006) – que são considerados a principal fonte de obtenção (Loureiro, 2012) - ou por influências de sujeitos do sexo masculino (Severine, 2004), em contextos recreativos.

### **3. As Mulheres e os Usos de Substâncias em Ambientes Recreativos Noturnos**

A tendência de consumo em ambientes recreativos é apontada pela literatura como elevada na população jovem adulta. Isto pode ser explicado pelo facto do ambiente recreativo noturno (ex. festivais e/ou discotecas) ser recheado de componentes que suscitam o interesse dos jovens, entre os quais, o convívio com os pares, a música e

a dança. Aliado a estes componentes, o consumo de substâncias psicoativas, manifesta-se significativamente, o que torna o ambiente noturno um fator de risco para o consumo (Calafat, Fernández, Juan & Becona, 2005; Calafat, Jerez, Iglesias & Gómez, 2007). Por exemplo, segundo o estudo de Balsa (2005), 47,2 % dos sujeitos, a nível nacional, já consumiram substâncias psicadélicas em festas de passagem de ano, 27,1% em festas públicas, 25,7% em festas *tecno-raves* e 19,4% em festas *trance*. Também no estudo de Bellis e Hughes (2005) em Liverpool, os resultados mostram que cerca de 90% das pessoas que frequentam contextos recreativos noturnos bebem álcool, em média 12 unidades por noite (Deehan & Saville, 2003 cit. in Bellis & Hughes, 2005). Com isto, denota-se que a participação dos jovens em contextos de lazer noturno parece associar-se às recentes mudanças de padrões de consumo (Carvalho, 2016).

É nos ambientes recreativos noturnos que se observa uma minimização das diferenças entre géneros no que consiste ao consumo de substâncias (Gourley, 2004 cit. in Cruz & Machado, 2010). Isto foi demonstrado num estudo de Van Havere, Vanderplasschen, Broekaert e Bourdeaudhui (2009): a partir de uma amostra aleatória de participantes de inúmeros eventos na Bélgica o estudo concluiu que as diferenças de género quanto à participação em eventos de ócio noturno e quanto ao consumo de SPA se tornaram mínimas e pouco significativas estatisticamente. Segundo os autores isto deve-se aos recentes movimentos feministas e transformações sociais do papel feminino, que têm permitido uma maior liberdade às mulheres para apresentarem valores e comportamentos tidos até recentemente como típicos do género masculino. No mesmo sentido, o estudo de Bellis e Hughes (2005) na cidade de Liverpool mostrou que o consumo de álcool entre os jovens apresenta uma tendência de aumento particularmente entre as mulheres com idades entre os 16-24 anos, o que reforça a tendência de esbatimento de diferenças entre géneros quanto ao consumo de substâncias psicoativas.

No que concerne, particularmente, ao género feminino, o consumo de substâncias psicoativas em ambientes recreativos noturnos teve a sua origem no final da década de 80 com o denominado *movimento da cultura de dança*. De acordo com Romo (2001) este movimento teve o seu início com base na possibilidade de se tornar uma experiência libertadora para as mulheres que nela participavam. No final da década de 80 e inícios da década de 90, os ambientes recreativos noturnos apresentavam um conjunto de condições que permitiam às mulheres explorar o pleno direito em experienciar livremente o papel de participante, o que não se verificava em outros



contextos até então (Romo, 2001). Estas condições consistiam na experiência livre do consumo de substâncias psicoativas com recurso ao controlo sobre estes, e à experiência das suas consequências e/ou efeitos; a sensação de segurança e bem-estar, apoiada pela escassez de episódios de violência; e, por fim, a pouca exposição ao poder hierárquico do género masculino (Romo, 2001). Ou seja, foi este o movimento que impulsionou a significativa aproximação dos padrões de consumo em ambientes recreativos entre os dois géneros (Romo, 2001).

Os diferentes ambientes recreativos noturnos são acompanhados por padrões e tipos de substâncias características. No entanto, em linhas gerais, de acordo com diversos estudos, (ex: Henriques em 2010 e Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos em 2011) as substâncias mais consumidas em ARN são a *cannabis*, o álcool e a cocaína. Estes resultados são também avançados pela EMCDDA (2014) no contexto português, o que vai de encontro ao apontado por Morel, Boulanger, Hervé, Tonnelet (2001 cit. in Galhardo, Cardoso & Marques, 2006) onde referem que a *cannabis* é a substância psicoativa de maior consumo em França. Substâncias como LSD e cogumelos mágicos – conotadas de substâncias psicadélicas – apresentam um papel menor no universo de consumos em ARN, todavia não deixam de ser significativos, principalmente em padrões de uso experimental, como se verificou no estudo de Henriques (2010) onde 8.9% dos frequentadores de ARN relataram já ter consumido uma dessas substâncias.

No que concerne ao género feminino, apesar da escassa produção teórica quanto às características e padrões de consumo das mulheres em ARN, é evidenciado que apresentam um consumo de substâncias psicadélicas como LSD e cogumelos mágicos, homogéneo com os homens e, em alguns casos, até superior (Lomba, Apostolo & Batista, 2012).

De um modo mais particular, considerando a interdependência entre o tipo de ambiente recreativo e o consumo de substâncias, autores como, Calado (2007), Domingos (2011) e Silva, Gobbi e Simão (2005), referem que nas festas Trance é patente uma preferência por substâncias psicadélicas tais como LSD, o MDMA, os cogumelos mágicos e a *cannabis* ou o haxixe, num aparente fascínio por substâncias “expansoras da consciência” e numa glorificação de substâncias naturais psicadélicas (Calado, 2007). No entanto, nem todos os participantes consomem este tipo de drogas, pelo que o consumo de álcool também é observado, mesmo que em minoria (Domingos, 2011; Lomba, Apóstolo, Mendes & Campos, 2011).

Outra característica associada aos padrões de consumo em ARN, tem sido o policonsumo (Santos, 2008). Como é referenciado pelo *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (2011), os jovens que frequentam ambientes recreativos apresentam uma maior tendência em consumir mais do que uma substância em simultâneo, sendo que o consumo de álcool e outra SPA é a combinação mais utilizada.

Na mesma linha, no estudo de Galhardo & Cardoso e Marques (2006) verificou-se que o policonsumo apresenta-se de uma forma significativa (57.1%) junto dos jovens portugueses em ARN, referindo novamente que a combinação mais utilizada é de álcool com outra SPA. Já no estudo realizado pelo Inquérito Nacional de Álcool nos Estados Unidos da América (cit. in Augusto, 2011) o policonsumo em ambientes recreativos ocorre na sua maioria com o consumo simultâneo de *cannabis* e álcool. Denota-se desta forma um papel central do álcool nos policonsumos. Importa ressaltar que as combinações de poliuso podem-se realizar com mais de 2 substâncias, como se demonstra no estudo de Lomba, Apostolo e Batista (2012), no qual se evidenciou uma prevalência de policonsumo de duas substâncias de cerca de 20.43% e, apesar de diminuto, o surgimento de consumos de três (3.86%) e de quatro ou mais substâncias (2.75%). Quanto ao motivo para o policonsumo nos contextos recreativos noturnos, Balsa (2005) refere ser a vontade do consumidor em vivenciar os ambientes recreativos noturnos da melhor forma possível, com uma experiência livre das emoções, sexualidade, contacto com o outro e a música (Carvalho, 2016).

Para finalizar, o tópico de policonsumos, Brown, Myers, Lippke, Tapert, Stewart & Vik (1998) verificaram que a população feminina apresenta uma maior tendência do que os homens para relatar policonsumos.

#### **4. Experiência de Crise**

A crise é definida como “uma reação subjetiva a uma experiência de vida stressante, que afeta de tal forma a estabilidade do indivíduo que as suas competências de *coping* ficam seriamente comprometidas” (Roberts, 1990)

Na mesma linha de pensamento, Kanel (2003) refere que a crise apresenta três pontos fulcrais: o evento precipitante, que é entendido como ameaçador e gera quadros de ansiedade como mecanismos de defesa; o desconforto subjetivo, causado pela incapacidade em modificar ou reduzir o impacto do evento precipitante com recurso aos mecanismos de *coping* utilizados normalmente (Dass-Brailsford, 2007); e, por fim, a experiência de um estado de desequilíbrio seguido de um estado ativo de crise, onde o

sujeito experiencia estados desagradáveis, que o tornam mais vulnerável a ceder a situações de perigo pessoal e interpessoal (Carvalho et. al, 2015).

Com base nas definições de Roberts (1990) e Kanel (2003) pode-se verificar que, o mesmo mecanismo de crise ocorre aquando o consumo de substâncias psicoativas e psicadélicas; pelos estados modificados de consciência do consumidor que são estimulados pela substância, o que resultam num período de desequilíbrio psicológico para o sujeito, afetando as suas competências psicomotoras – crise psicadélica (Pereira, 2014).

Segundo a literatura um fenómeno de crise psicadélica tem uma duração limitada de 8 a 12 horas e caracteriza-se por uma resolução garantida com ou sem ajuda profissional (Carvalho et. al, 2015; Nascimento, Lima & Silva, 2017). Este fenómeno apresenta um outro aspeto importante que consiste no facto de o mesmo ser variável, multifacetado e peculiar para cada consumidor. Ou seja, com base em estudos presentes na literatura, foi observado que um grupo de sujeitos, em circunstâncias contextuais semelhantes e de consumo igual – dose exata – experienciam a crise de um modo totalmente diferente (Carvalho, et. al, 2015).

Em sequência do acima exposto, importa reconhecer que existem algumas condições que podem ter efeitos na experiência da crise. Assim, segundo a literatura, deve-se ter em atenção os seguintes fatores: as variáveis pessoais do consumidor, como a sua personalidade (autoritária, paranoide, obsessiva, depressiva, introvertida ou ambivalente) (Escohotado, 1998); as experiências problemáticas não resolvidas (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011) e diagnósticos psicopatológicos (Fugas, 2012); as condições ambientais inapropriadas, como o caso das altas temperaturas e alto volume musical (Carvalho, et. al, 2015); a falta de conhecimento por parte do utilizador quanto à dosagem, às condições para a ingestão e os seus efeitos; a ocorrência de policonsumos, com uso de múltipla SPA, o qual se revela mais perigoso para a saúde do consumidor comparativamente ao consumo de uma substância isolada (Schneider, 2010); as companhias inapropriadas durante a experiência psicadélica (perda de contacto com os amigos, ausência de conforto ou segurança durante a experiência e a falta de experiência prévia de consumo no grupo de amigos); e, por fim, a adulteração da SPA ou a ausência de intenção da ingestão das substâncias (Kosmicare Project, 2010). Todas estas condições podem ter efeitos na experiência da crise e, consequentemente, na sintomatologia expressa pelo utilizador durante o episódio.

No entanto, a crise não é necessariamente um evento negativo. De uma situação de crise pode surgir um processo de integração da experiência por parte do consumidor, com vivência de sensações de euforia, bem-estar, relaxamento e excitação (Nascimento, Lima & Silva, 2017) e, com consequências positivas no crescimento pessoal do sujeito; ou, por outro lado, pode-se evidenciar a incapacidade de resolver a situação que gera *stress* reduzindo o nível de funcionamento de uma pessoa (Kanel, 2003; Lopez, 2013). Percebe-se, assim, a existência de duas tendências na experiência de crise: a *bad trip* ou o conjunto das sensações fisiológicas e psicológicas desagradáveis provocadas pelo uso de substâncias psicoativas, durante os efeitos psicotrópicos; e a *good trip* que se caracteriza por sensações fisiológicas e psicológicas agradáveis.

Segundo Cohen (1960) numa experiência de crise *bad trip* por consumo de substâncias psicoativas, o consumidor pode experienciar ataques de pânico e quadros de ansiedade pelo medo de perder o controlo sobre a situação em que encontra (Nascimento, Lima & Silva, 2017; Soar, Turner & Parrot, 2006); sensações de descontrolo sobre si próprio e sobre os seus comportamentos, o que pode conduzir a estados de delírio com presença de ideias paranoides, comportamentos psicóticos e/ou compulsivos de longa duração, ideações suicidas ou, em último caso, suicídio consumado (Nascimento, Lima & Silva, 2017); estado híper-vigilante; crises de despersonalização, dissociação ou perda de identidade (Puig, 2003); alterações da senso-percepção com a intensificação das cores e sons (Nascimento, Lima & Silva, 2017; Schneider & Antunes, 2010); desorientação temporal/espacial/pessoal; défice na expressão de necessidades, pelo discurso lento e incoerente (Puig, 2003); dificuldades no autorrelato básico (Carvalho et. al, 2015); alteração fisiológicas, com aumento da taquicardia, náuseas, palpitações, esgotamento físico, incapacidade de equilíbrio, possível aumento da temperatura corporal – hipertermia e consequente sudação extrema (Schneider, 2010); e, por fim, comportamentos violentos (Carvalho et. al, 2015).

No que toca a uma experiência de crise *good trip*, o consumidor pode beneficiar de sensações de euforia, bem-estar, relaxamento, prazer e excitação (Nascimento, Lima & Silva, 2017). Estudos prévios também notaram certos benefícios a nível pessoal para o consumidor tais como o desenvolvimento de uma maior competência na resolução de situações de crise despoletadas pelo consumo e em situações adversas na vida do utente; uma atitude mais consciente face aos consumos – quantidade, frequência, riscos, locais e gestão da crise; uma melhoria no *insight*; uma mudança de auto-percepção e,

consequente, aumento de atitudes de valorização sobre as suas relações interpessoais (Carvalho et. al, 2015.).

Estes dados reforçam a importância da intervenção em crise no sentido de se prevenirem as consequências potencialmente negativas que ocorrem durante e após uma *bad trip*. Assim, a intervenção em crise consiste num estilo psicoterapêutico, com o objetivo de resolver os problemas imediatos do utente, aliviar os sintomas destes e, restabelecer o equilíbrio psicológico deste, num curto prazo (Ferreira, 2004).

Como foi evidenciado ao longo deste capítulo, tem-se verificado uma participação mais ativa das mulheres na cultura recreativa e, tendo em consideração a íntima ligação entre os ARN e o consumo de substâncias psicoativas (SPA) (Almeida, 2014), o consumo feminino tem vindo a emergir gradativamente e, a se manifestar de forma significativa. No entanto, os estudos e produções teóricas quanto às componentes do consumo feminino em ambientes recreativos noturnos são ainda escassos sobretudo se compararmos com a abundância destes sobre o universo do consumo masculino (Carr & Szymanski, 2011). Esta parca compreensão das características do fenómeno de consumo feminino pode refletir-se numa limitação do diagnóstico, do planeamento e implementação de estratégias interventivas eficazes dirigidas às mulheres utilizadoras de drogas (Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007).

Com isto urge aprofundar-se o reconhecimento das particularidades do fenómeno do consumo feminino em ambientes recreativos noturnos e da necessidade de uma abordagem específica para as mulheres (Bolzen, 2015; Brasiliano, 2003).

## **CAPÍTULO II: METODOLOGIA**

Este estudo tem como objetivo geral contribuir para a caracterização da população feminina utilizadora de SPA em ambientes recreativos noturnos (ARN) e seus episódios de crise psicológica. Tem como objetivos específicos, (i) caraterizar a população feminina utilizadora de substâncias que exhibe crise em ARN; (ii) compreender os padrões de uso de SPA associados aos episódios de crise das mulheres utilizadoras em ARN; (iii) caracterizar as situações de chegada das utentes a um serviço de intervenção em crise; (iv) caracterizar o tipo de crise experienciada pelas mulheres utilizadoras de substâncias em ambientes recreativos noturnos; e, por fim, (v) conhecer a afluência e o grau de exposição das utentes à intervenção.

## 1. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por participantes do género feminino (N=373) que recorreram a um serviço de intervenção em crise psicológica num festival de música e cultura psicadélica nas edições de 2012, 2014 e 2016. Participaram 51 mulheres da edição de 2012, 167 da edição de 2014 e 155 da edição de 2016. No que respeita à idade das mulheres participantes (n=189), esta apresenta uma variação entre os 18 e os 53 anos, sendo a idade média de 25.45 anos (DP = 6.501). Por fim, os sujeitos da amostra (n=297) são maioritariamente europeus (68.7%).

Considerando os objetivos do presente estudo foi necessária uma seleção da amostra e recrutamento das participantes com base em dois critérios de inclusão: (i) terem recorrido à intervenção do serviço e (ii) serem do género feminino. Assim, denota-se que o processo de recrutamento passou por uma seleção intencional das participantes do género feminino, identificadas a partir dos dados processuais, através da consulta exaustiva dos processos físicos da intervenção e das bases de dados já reunidas. Aplicou-se, deste modo, um processo de amostragem não probabilístico intencional, caracterizado por uma seleção intencional e criteriosa de elementos da população, por parte do investigador, segundo critérios que lhe permitam aprender o máximo sobre o fenómeno em estudo (Rabelo, 2016; Vale, 2000). Um ponto a ressaltar é que, esta técnica de amostragem não faz uso de formas aleatórias de seleção, pelo que se torna impossível a aplicação de determinados tratamentos estatísticos (ex. cálculo do erro de amostra) (Carvalho, Tobias, Moreira & Reis, 2014).

## 2. Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os dados de dois instrumentos que integram o protocolo de avaliação do programa de intervenção na crise psicológica: (i) o *Visitor Report Form Arrival* (Relatório do utente à chegada) – V.R.F.A e (ii) o *Visitor Report Form Departure* (Relatório do utente à saída) – V.R.F.D., disponíveis no Anexo 1.

Complementarmente interessa explicar os objetivos e constituição dos instrumentos utilizados. Assim, o V.R.A.F. é constituído por 3 partes distintas: (a) a primeira parte permite recolher dados sociodemográficos como idade, género, nacionalidade e o número de vezes que frequentou o festival; (b) a segunda parte possibilita reunir informações quanto à chegada ao projeto de intervenção, especificamente no que concerne ao tipo de crise (uso intencional de SPA, uso

acidental, não crise, crise pessoal, etc.), as condições em que foi levada para junto da equipa, o dia da sua chegada ao espaço da intervenção e o turno a que corresponde; (c) a terceira e, última parte, cobre os padrões de uso de SPA que a utente apresentava, com referência ao tipo de substâncias, quantidades, via de consumo e contexto temporal e espacial.

Já o V.R.F.D visa recolher informação quanto à permanência no KC, ao estado físico, emocional, psicológico e mental à saída da intervenção e a perceção do terapeuta quanto à eficiência da intervenção. Todavia, para o presente estudo optamos por seleccionar apenas a informação relativa à permanência na intervenção (número de horas/dias que permaneceu no serviço) e, pelo processo de saída deste do serviço (saiu sozinho, aos cuidados de amigos, aos cuidados de médicos, acompanhado de volta para o local de campismo, remetido para um outro local de cuidados médicos ou psicológicos). De acrescentar que ambos os instrumentos foram preenchidos pelo terapeuta (*Sitter*) que acompanhava o utente.

### **3.Procedimentos**

#### **3.1. Recolha de Dados**

A recolha de dados foi levada a cabo no decorrer da intervenção do programa Kosmicare (KC) no Boom Festival<sup>1</sup>, nas edições de 2012, 2014 e 2016. Durante o processo de recolha foram utilizados nove instrumentos, todavia tendo em conta os objetivos do presente estudo, somente são considerados os dados de dois desses instrumentos (V.R.A.F e V.R.F.D).

À chegada ao KC, o utente/*visitor* tem o seu primeiro contacto com o secretário de serviço e com o responsável de turno/*team leader*. Após uma avaliação inicial, o caso é encaminhado para um terapeuta/*sitter*. Após este primeiro contacto, o utente era reencaminhado para um *dorm* ou, caso este preferisse, para um outra zona do espaço e intervenção (por e.g. área aberta). É de salientar que o terapeuta era auxiliado pelo secretário e, em conjunto, monitorizavam a recolha da informação junto do *visitor*.

Neste momento, iniciava-se o processo terapêutico e eram recolhidas as primeiras informações com recurso ao instrumento V.R.A.F, processo este conduzido

---

<sup>1</sup> Um evento de música eletrônica bianual em grande escala que apresenta uma cultura independente e expressão artística multidisciplinar, caracterizada pela busca de valores fortes como o humanismo, a sustentabilidade e a igualdade. É também reconhecido pelo seu forte investimento nos cuidados aos participantes/foliões. O evento acolhe em cada edição cerca de trinta mil participantes e tem lugar na região de Idanha-a-Nova em Portugal.

pelo *sitter* e/ou pelo secretário auxiliar. Daqui reuniam-se dados sociodemográficos do utente (idade, género, nacionalidade, etc.), a forma como chegou ao serviço (sozinho, permanência de amigos, etc.), o tipo de crise que se antecipava, e informações relacionadas com o padrão do uso de substâncias (SPA usadas, contexto, momento, etc.). Em simultâneo eram recolhidas informações quanto aos sintomas apresentados pelo *visitor* (aparência, orientação, consciência, condição física, linguagem, etc.), através do *Mental State Exam Checklist* (Arrival). Adicionalmente era recolhida informação sobre o processo de intervenção com todos os acontecimentos e decisões terapêuticas relevantes (*Intervention Form*).

Quando o utente estava prestes a sair do serviço, era-lhe solicitado que preenchesse o instrumento V.F.F que diz respeito à satisfação sobre os serviços prestados e, conseqüentemente, era solicitada a autorização para o uso dos dados em fins investigativos com recurso ao consentimento informado.

Após a saída do *visitor* do serviço, era solicitado ao terapeuta que preenchesse o instrumento V.R.F.D e o *Mental State Exam Checklist* (Departure) com o objetivo de recolher informações sobre as condições físicas e psicológicas do *visitor* no momento da saída, assim como a forma como saiu do serviço (sozinho, acompanhado, orientado, satisfeito, etc.); e relativamente à sintomatologia do utente após a permanência no serviço. Porém, devido à elevada afluência dos utentes ao programa, muitas vezes, o intervalo temporal entre a saída e entrada de um novo utente era muito curto, o que culminava numa insuficiência de tempo para o terapeuta ou *sitter* completar os instrumentos. Em acréscimo, a recolha de informações, presente e paralela a todo o processo nem sempre era possível de ser realizada. Considerando a principal função do *sitter* e do secretário em assegurar a gestão do espaço e devido acompanhamento terapêutico aos utentes, a recolha de dados era colocada em segundo plano. Para além disso, também a extensão de alguns instrumentos dificultou a gestão de tempo para a recolha das informações junto dos *visitors*.

Para finalizar, no final de cada turno, os líderes de equipa faziam o *Shift Report* e ao longo de todo o turno eram encarregues de completar o *Diary*. Ambos estes instrumentos iam sendo repassados entre os líderes de equipa e tinham a função de passar informação entre os turnos.



### 3.2. Análise Estatística

Com base nos objetivos delineados foi seguida uma linha metodológica de cariz quantitativo. Assim, para tratar e analisar os dados recolhidos através dos instrumentos V.R.F.A e V.R.F.D, recorreu-se ao programa informático de análise estatística, IBM® SPSS® Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0. Para se trabalhar os dados sob a forma de estatística descritiva, os mesmos foram tratados como forma de atributo de modo a serem quantificáveis. Com isto foram determinadas estatísticas descritivas (através de contagem de frequências), medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento (Pallant, 2007).

## CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. Apresentação dos Resultados

De acordo com os objetivos do estudo, serão apresentados, nesta secção, os resultados obtidos através da análise descritiva dos dados recolhidos. Considerando a necessidade de gestão do espaço disponível para a apresentação, as tabelas e gráficos resultantes do tratamento estatístico poderão ser consultados na íntegra nos anexos que serão referenciados ao longo do corpo do texto. Todavia, para uma melhor compreensão dos resultados apresentados algumas das tabelas ou gráficos estarão presentes neste capítulo. É importante mencionar que existirá variação do  $n$  da amostra do estudo, uma vez que a análise estatística apenas contempla a informação recolhida junto de cada participante, sendo que em alguns casos não existiram respostas, o que implica o surgimento de *missing values* que não serão alvo de tratamento estatístico.

#### 1.1. Caracterização Sociodemográfica das Participantes

Tabela 1

**Caraterização Sociodemográfica das participantes**

	Grupo	N	%
Nacionalidade (Continents) *	Europa	257	68.7
	África	9	2.4
	Ásia	6	1.6
	América do Norte	1	.3
	América do Sul	14	3.7
	Oceânia	10	2.7
Faixa Etária **	15-24	106	28.3
	25-34	64	17.1
	35-44	14	3.8

Nota. \* n=297, uma vez que não se recolheram informações sobre a nacionalidade para a amostra total de participantes.

\*\* n=189, uma vez que não se recolheram informações sobre a idade para a amostra total de participantes.

Como se pode verificar pela Tabela 1, em relação à nacionalidade das participantes do estudo, 68.7% eram provenientes de países europeus, nomeadamente de França (14.5%), Inglaterra (10.7%), Alemanha (8.3%) e Portugal (5.9%). Porém é possível identificar, ainda que em menor frequência, participantes de outros continentes como África (2.4%), Ásia (1.6%), América do Norte (0.3%), América do Sul (3.7%) e Oceânia (2.7%). Desta forma, foram identificadas 25 nacionalidades diferentes, dado representativo da diversidade cultural inerente ao festival. A média de idade dos participantes é 25.45 anos sendo que a respondente mais nova tem 18 e a mais velha tem 53 anos (DP=6.501). Quando divididos por diferentes faixas etárias, verifica-se que os grupos mais jovens apresentam maior predominância – 15-24 (28.3%) e 25-34 (17.1%) – como exposto na Tabela 1. Ainda de sublinhar que maior parte das participantes não tinham tido contacto prévio com o contexto do festival, encontrando-se no mesmo pela primeira vez (44.2%; ver Anexo 2.1).

## 1.2. Uso de Substâncias Psicoativas

### 1.2.1. Substâncias Psicoativas mais consumidas pelas mulheres

Tabela 2

**Frequências descritivas de SPA usadas pelas mulheres**

	Grupo	N	%
Frequência do Consumo de cada SPA na população feminina*	LSD	189	50.7
	MDMA	73	19.6
	Anfetaminas	22	5.9
	<i>Ketamina</i>	15	4.0
	Cocaína	9	2.4
	<i>Cannabis</i>	54	14.5
	<i>Ecstasy</i>	13	3.5
	2CB	9	2.4
	Cogumelos	18	4.8
	Álcool	40	10.7
	DMT, DOC, Mescalina, GHB e Ópio, Substância Indefinida	17	4.6

*Nota.* \*n=287, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo para a amostra total de participantes.

Relativamente ao consumo de *SPA*, podemos verificar seguindo os dados da Tabela 2, que existe uma ampla gama de *SPA* usadas (14) pelas mulheres no contexto recreativo. Com recurso à Tabela 2 foram identificados os tipos de *SPA* mais e menos consumidos. Assim, como substância mais usada surge o LSD (50.7%), seguido do MDMA (19.6%), da *cannabis* (14.5%) e do álcool (10.7%). De uma forma mais reduzida porém frequente, surge a anfetamina (5.9%), a *ketamina* (4.0%) e o *ecstasy* (3.5%). Como substâncias menos frequentes, incluem-se a cocaína (2.4%) e o 2CB (2.4%) que apresentam frequências idênticas. Por fim, surgem as restantes *SPA* que foram consumidas de forma residual: DMT, DOC, mescalina, GHB e ópio (4.6%).

Explorando a prevalência de consumos de *SPA* em cada ano de festival (ver Anexo 2.2), verifica-se que, nas três edições o LSD é a substância mais consumida (37.3%, 55.1% e 50.3%). Nas edições de 2014 e 2016 a substância MDMA também surge em plano significativo nos consumos da população feminina (20.4% e 19.4%). Não descurando da presença representativa da *cannabis* (9.6% e 20.6%) e do álcool (6.6% e 17.4%) em ambas as edições.

Por fim, os dados provenientes do presente estudo revelam que a presença de consumos é superior nas faixas etárias (ver anexo 2.3) mais jovens, sendo que a prevalência de consumo de qualquer *SPA* é de 47.6% na faixa etária 15-24, 30.7% na 25-34 e apenas 5.8% e 2.1% nas faixas etárias restantes.

### **1.2.2. Padrões de Consumo**

No que respeita aos padrões de consumos das mulheres foram considerados os seguintes indicadores para cada substância: quantidades, horário do consumo, contextos (com quem e onde) e também as vias de consumo. Importa realçar que existirá variação do *n* da amostra do estudo consoante a substância analisada.

Tendo por base de seleção a frequência do consumo das substâncias, serão somente apresentadas tabelas descritivas das seguintes substâncias: LSD e MDMA. Todas as outras substâncias serão igualmente abordadas no corpo do texto e podem ser consultadas na sua íntegra nos anexos referenciados.

Tabela 3  
**Padrões de Consumo de LSD**

	Grupo	N	%
Consumo de LSD*	Não Consumiu	162	43.4
	Consumiu	189	50.7
Quantidade de LSD consumido (gramas) **	X=0.6364; DP=0.55350; variação 0.02 a 2.00		
Quando consumiu LSD (horas) ***	X=17.00; DP=20.142; variação 1 a 72		
Onde ocorreu o consumo de LSD****	Praia	3	.8
	Pista de Dança	4	1.1
	Acampamento	2	.5
Com quem consumiu LSD*****	Amigos	24	6.4
	Namorado/a ou Marido/Mulher	9	2.4
Via de consumo de LSD*****	Absorção	17	4.6
	Oral	53	14.2

*Nota.* \* n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de LSD para a amostra total de participantes.

\*\* n=37, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de LSD consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\* n=36, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de LSD para a amostra total de participantes.

\*\*\*\* n=9, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de LSD para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\* n=33, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de LSD para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\* n=70, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de LSD para a amostra total de participantes.

Como se verifica na Tabela 3, a SPA LSD é principalmente consumida por ingestão oral (N=53;14.2%) e absorção (N=17;4.6%) cerca de 1 a 72 horas antes da chegada ao serviço (M=17.00;DP=20.14). O consumo ocorre nomeadamente na pista de dança (1.1%) e na companhia de amigos (6.4%). Quanto à quantidade de substância consumida a média é de 0.64 gramas (DP=0.55) variando entre 0.02 e 2.00 gramas.

Tabela 4  
**Padrões de Consumo de MDMA**

	Grupo	N	%
Consumo de MDMA*	Não Consumiu	278	74.5
	Consumiu	73	19.6
Quantidade de MDMA consumido (gramas) **	X=0.4667; DP=0.46188; variação 0.2 a 1.00		
Quando consumiu MDMA (horas) ***	X=27.40; DP=25.118; variação 1 a 75		
Onde ocorreu o consumo de MDMA****	Praia	1	.3
	Pista de Dança	3	.8

Com quem consumiu MDMA ****	Acampamento	1	.3
	Amigos	5	1.3
	Sozinha	1	.3
Via de consumo de MDMA *****	Snifada	4	1.1
	Oral	15	4.0

Nota.\*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de MDMA para a amostra total de participantes.

\*\*n=3, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de MDMA consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=10, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de MDMA para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=5, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de MDMA para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=6, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de MDMA para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=19, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de MDMA para a amostra total de participantes.

Relativamente à substância psicoativa MDMA apura-se, seguindo os dados apresentados na Tabela 4, que esta é consumida principalmente por meio de ingestão oral (4.0%) seguida da inalação (1.1%), maioritariamente na companhia de amigos (1.3%) e na pista de dança (0.8%). Todavia, ainda que em menor percentagem, existe menção ao consumo individual (0.3%). Verifica-se que são consumidas em média 0.47 gramas, podendo variar entre 0.2 a 1 grama (DP=0.46) e, que o consumo ocorre em média 27.40 horas antes da admissão no serviço, podendo este espaço temporal variar entre a 1 e as 75 horas (DP=25.12).

Conforme se verifica pelos dados obtidos (ver Anexo 2.4), a *cannabis* é principalmente fumada (2.9%) e, em menor percentagem, ingerida (1.6%), em média, 5.38 horas antes do sujeito dar entrada no serviço, podendo este espaço temporal variar entre 1 e 13 horas (DP= 4.89). Quanto ao contexto do consumo, verifica-se que o mesmo ocorre nomeadamente na pista de dança (0.3%) e na companhia de amigos (1.9%). Denota-se ainda que a média de *cannabis* consumida é de 0.75 gramas, podendo esta quantidade variar entre as 0.5 e 1 grama (DP=0.35).

No que diz respeito aos consumos de álcool (ver Anexo 2.5) e de cocaína (ver Anexo 2.6), averigua-se que os mesmos ocorrem principalmente na pista de dança (0.5%; 0.3%) e na companhia de amigos (1.9%; 0.3%). O consumo de álcool ocorre 3 a 31 horas (M=14.00;DP=9.93) e o de cocaína, em média 12 horas, antes da entrada no serviço

O consumo de anfetaminas (ver Anexo 2.7) é feito na sua maioria por inalação (0.8%), na pista de dança (0.3%), na companhia de amigos (0.5%) e em média 12 horas antes da admissão no serviço de intervenção. Já em relação à substância *ketamina* (ver Anexo 2.8) é verificado que o consumo ocorre por ingestão oral e por inalação, em percentagens igualitárias (0.5%), no acampamento do festival (0.5%), na companhia de amigos (0.5%) e cerca de 7.40 horas antes da chegada ao serviço (DP=5.08; variação 2-12).

Quanto aos consumos de cogumelos (ver Anexo 2.9), 2CB (ver Anexo 2.10) e DMT (ver Anexo 2.11) verifica-se que os mesmos ocorrem por via oral (1.9%, 1.1% e 0.3%) e na companhia de amigos (0.5%, 0.3% e 0.3%). Diferindo dos resultados do consumo de cogumelos, é verificado que são consumidas em média 0.11 gramas (DP=0.12; variação 0.02 e 0.2) de 2CB nomeadamente na pista de dança (0.3%); e, em relação ao DMT, verifica-se que o consumo ocorre na praia (0.3%) – indicadores que não apresentam resultados para a substância cogumelos. É ainda evidenciado que o consumo de 2CB ocorre 12 a 72 horas (DP=32.15) antes da admissão no serviço, e o consumo de cogumelos e DMT acontece, em média, 24 horas e 12 horas (respetivamente) prior à entrada no serviço.

Quanto ao consumo de ópio (ver Anexo 2.12) (1.9%) e de substâncias indefinidas (ver Anexo 2.13) (8.6%), não se verificam quaisquer resultados para o indicador de contexto (com quem e onde), de quantidade e horário de consumo. Todavia, verifica-se que o ópio é consumido maioritariamente de forma fumada (0.5%) e, as substâncias indefinidas por ingestão oral (1.6%). No que concerne ao consumo de *ecstasy* (ver Anexo 2.14) verifica-se que o consumo realiza-se na companhia de amigos (0.3%), porém não se verificam resultados para os outros indicadores

O consumo de GHB (ver Anexo 2.15) ocorre essencialmente por via oral (0.3%), na praia (0.3%), na companhia de amigos (0.5%), e em média 27 horas antes do acompanhamento no KC. Já no que se refere aos padrões de consumo (contexto, horário, quantidade e via de consumo) da mescalina (0.8%) e do DOC (0.3%), não se verificam quaisquer resultados estatísticos (ver Anexo 2.16 e 2.17, respetivamente).

Por fim, verificou-se, junto da população feminina, a ausência do consumo das seguintes substâncias psicoativas: metadona, metilona, zimovane, zopidonetartrate e proscalina.

### 1.2.3. Policonsumo de SPA no universo feminino

Tabela 5

#### Policonsumo de SPA no universo feminino

	Grupo	N	%
Policonsumos	Não-Policonsumo	186	64.8
	Policonsumo	101	35.2

Nota.\* n=287, uma vez que se remete às participantes que apresentaram consumo.

Tabela 6

#### Policonsumo de SPA no universo feminino (por número de substâncias em simultâneo)

	Grupo	N	%
Policonsumos	1 Substância	186	64.8
	2 Substância	58	20.2
	3 Substância	27	9.4
	Entre 4 a 7 substâncias consumidas	16	5.4

Nota.\* n=287, uma vez que se remete às participantes que apresentaram consumo.

Tendo em conta a elevada expressão do consumo de substâncias junto das participantes do estudo, consideramos pertinente tentar compreender a existência e expressão dos policonsumos, recorrendo à identificação do número de SPA que cada mulher consumiu. Em linhas gerais, verificou-se pela Tabela 5, que cerca de 64.8% das participantes consumidoras fizeram uso somente de uma substância enquanto cerca de 35.2% da população feminina consumidora reconheceu ter realizado um policonsumo. Das participantes que reportaram policonsumo, 20.2% indicou o uso de duas SPA, numa frequência mais reduzida surgiu o consumo de três SPA (9.4%) e, por fim uma pequena percentagem de sujeitos indicaram consumir de quatro a sete SPA simultaneamente (5.4%) – como se observa na Tabela 6.

Para compreender a amplitude deste policonsumo, procedemos a uma identificação dos maiores conjuntos de SPA's consumidas em simultâneo, e procurou-se correlacionar todas as substâncias psicoativas e as participantes consumidoras com poliuso (n=101) (ver Anexo 2.18). Com isto, destacaram-se as seguintes combinações de duas substâncias: LSD com MDMA (9.9%), LSD com álcool (9.1%), LSD com *cannabis* (6.1%), LSD com *ecstasy* (5.1%), MDMA com álcool (5.1%) e MDMA com *cannabis* (4.0%). A respeito de combinações com três substâncias, surgem de forma mais expressiva, LSD com *ketamina* e MDMA (3.0%) e LSD com MDMA e álcool

(3.0%). No que se refere ao poliuso de mais de quatro substâncias pode-se realçar o uso de LSD com MDMA, anfetaminas, *cannabis* e álcool (3.0%) e, LSD com MDMA, *cannabis* e álcool (2.0%). Com isto, denota-se o papel central do LSD nos policonsumos da nossa amostra feminina.

### 1.3. Adesão das participantes a um serviço de intervenção em crise: tipo de crise e modalidades da adesão

Segue-se a tabela de frequências quanto ao tipo de crise experienciada pelas mulheres:

Tabela 7

#### Motivos da adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise

	Grupo	N	%
Tipos de Crise*	Experiência Difícil Intencional, com SPA	255	68.4
	Experiência Difícil Acidental, com SPA	6	1.6
	Crise Pessoal sem experiência com SPA	25	6.7
	Crise Mental sem experiência com SPA	7	1.9
	Não-Crise	12	3.2
	Crise Mental com SPA	14	3.8

*Nota.* \*n=319, uma vez que não se recolheram informações sobre os motivos da adesão para a amostra total de participantes.

Como é possível constatar na Tabela 7, no que diz respeito ao motivo da chegada ao KC, 68.4% das participantes revelaram vivenciar uma experiência difícil e intencional, com uso de SPA (n=255). Para além deste tipo de experiência foram também identificadas outras situações, como: a crise pessoal sem experiência com SPA (n= 25, 6.7%), crise mental com SPA (n=14, 3.8%), não-crise (n=12, 3.2%), crise mental sem experiência com SPA (n=7, 1.9%) e, por fim, em menor frequência surgiu a experiência difícil acidental com SPA (n=6, 1.6%).

Relativamente às modalidades de adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise, podemos verificar (ver Anexo 2.19) uma tendência das participantes em se encaminhar para o serviço por meio próprio e sem companhia de alguém (31.8%). Todavia, ainda com uma afluência significativa, algumas das participantes chegaram ao serviço acompanhadas por amigos (28.4%).



#### 1.4. Afluência e grau de exposição da população feminina a um serviço de intervenção em crise

Ainda associado à adesão ao serviço é relevante analisar o tempo de permanência das utentes no programa, sendo que numa variação de 1 a 96 horas a média de permanência é de 8.44 horas (DP=13.48; n=145; Mo=1 hora). Quanto às modalidades de saída das participantes do serviço (Tabela 8), é então observável que a maioria das mulheres saem sozinhas do KC, sendo que ainda de forma significativa surge a saída na companhia de amigos (11.3%) e na companhia do namorado/a (9.4%). Importa ainda mencionar que o reencaminhamento para um CAT não apresenta qualquer significância estatística (0.3%).

Tabela 8

**Modalidades de saída das participantes do serviço de intervenção em crise**

	Grupo	N	%
Como saiu do serviço*	Amigos	42	11.3
	Por si	53	14.2
	KC Team	5	1.3
	Namorado/a	35	9.4
	Em casal	5	1.3
	Irmão/a	4	1.1
	Reencaminhamento para um CAT	1	.3
	Desconhecido	16	4.3

*Nota.* \*n=124, uma vez que não se recolheram informações sobre as modalidades de erupção para a amostra total de participantes.

Para finalizar, em relação ao número de participantes que recorreram ao serviço em cada dia do festival (ver Anexo 2.20), verificou-se durante as três edições, um maior movimento no 3º, 4º e 5º dia, o que corresponde a aproximadamente 59.2% das adesões ao serviço. Durante os primeiros dois dias observa-se uma crescente tendência da afluência feminina ao projeto, passando de uma frequência de 6 para 27 utentes. Após o pico de atividade no 3º, 4º e 5º dia, a adesão feminina ao serviço sofre um decréscimo mantendo-se porém moderada, (12.4%) e constante, até sofrer uma segunda queda no 8º dia (6.2%).

## 2. Discussão de Resultados

Numa visão abrangente do total de participantes do serviço de intervenção em crise (n=881), observa-se que 43.57% dos participantes são do género feminino o que evidencia a minimização da diferença entre géneros quanto ao uso de SPA em

ambientes recreativos noturnos, como é evidenciado em inúmeros estudos que reconhecem a aproximação entre géneros ao nível de consumos, com um aumento do consumo de substâncias no universo feminino nas últimas duas décadas (Carvalho, 2016; Simões, Matos, Batista- Foguet & Simons-Morton, 2014; Simons- Morton, Farhat, Terbogt, Hublet, Kuntsche & Gabhainn, 2009). No entanto, ainda existe uma diferença significativa de prevalência de consumo entre os homens e as mulheres (99.4% e 76.9%) que participaram da amostra total, o que corrobora a literatura no que concerne ao papel mais predominante do homem enquanto consumidor (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2009).

No que respeita à caracterização sociodemográfica, verificamos que a maioria das participantes provinham de diversos países e continentes, o que remete para uma enorme transversalidade cultural e, consequentemente um estudo e compreensão dos consumos do universo feminino mais rico e significativo. Assim como, à semelhança da tendência epidemiológica dos usos de substâncias psicoativas, a amostra feminina é maioritariamente jovem (Balsa, Vital, & Urbano, 2007).

Neste estudo, a maioria das participantes estavam pela primeira vez no festival, o que sugere, uma maior probabilidade de manifestação de experiências de crise negativas quando a vivência da mulher naquele ambiente recreativo em particular é reduzida ou nula. Isto parece ir ao encontro ao apontado por Santos (2009), no que se refere ao facto de uma menor experiência do festival, estar geralmente ligada com a falta de conhecimento do contexto e dos padrões de uso; da desregulação do consumo associado a uma prevalência do uso de substâncias psicoativas elevada, assim como nas suas quantidades; e a maior presença de policonsumos - indicadores estes que se verificam nos resultados do presente estudo.

Este estudo permitiu verificar um aumento progressivo do consumo de SPA no universo feminino ao longo das sucessivas edições – sendo que, em 2012, registaram-se 34 casos de consumo feminino (n=51), em 2014 ocorreram 123 intervenções (n=166) e em 2016 foram identificadas 130 mulheres consumidoras (n=154) – o que retrata a crescente associação dos ambientes recreativos noturnos com o consumo de substâncias. Procurando compreender a razão do aumento tendencial do consumo feminino nestes contextos, podemos inferir a aproximação de géneros quanto ao consumo assim como à disponibilidade e facilidade que as mulheres têm na obtenção das substâncias (Gomes, 2010; Lomba, Apóstolo, Mendes & Campos, 2011).

Como já foi referenciado no enquadramento teórico, existe uma íntima ligação entre os contextos recreativos noturnos e o consumo de substâncias psicoativas (Brown, Martinez & Parsons, 2006; Henriques, 2010), sendo que isto foi evidente no presente estudo com uma prevalência de consumo acentuada das mulheres participantes (76.9%). Dessa população consumidora constatou-se que as substâncias psicadélicas apresentam destaque, nomeadamente o LSD, MDMA e a *cannabis*, o que vai ao encontro a resultados de estudos anteriores como os de Silva (2005), Calado (2007) e EMCDDA (2006) quanto às substâncias consumidas em ambientes recreativos noturnos. Para além disso, estes resultados para a população feminina são consistentes com a literatura, no que se refere à centralidade das substâncias psicadélicas, no universo de consumo feminino, considerando a seu reduzido efeito como condicionante à realização das tarefas diárias na sua máxima competência (Faria, David & Rocha, 2011; Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann & Junior, 2004; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007).

Considera-se curioso, o facto de diversos estudos, apontarem o consumo de *cannabis* como destaque junto da população em ambientes recreativos noturnos (por exemplo no estudo de Augusto em 2011, Galhardo, Cardoso e Marques em 2006 e Lomba, Apostolo, Loureiro, Graveto, Silva e Mendes em 2008), o que não se verifica no presente estudo. Todavia, é de considerar a *cannabis* uma substância de presença frequente em eventos recreativos, seja por consumo único ou em simultâneo com outra SPA (Henriques, 2003; Santos, 2009).

Outro fator de interesse passa pelo facto do consumo de psicadélicos, no contexto português ser, a partir dos dados da população geral, uma realidade quase inexistente – 99.8% dos inquiridos reportam a ausência desse consumo (SICAD, 2016, 2017). Ora os nossos dados distanciam-se muito acentuadamente desta tendência, o que pode remeter para a ineficácia dessa estratégia na caracterização do fenómeno do uso de substâncias psicadélicas. No entanto é de ter em atenção que a amostra é constituída por uma diversidade de nacionalidades, abrange somente mulheres e, foi reunida num ambiente recreativo noturno, um tipo de contexto conhecido pelos seus padrões de consumo característicos.

Outro facto a considerar é a razão pela qual o LSD e o MDMA são as substâncias mais consumidas pelas participantes. Segundo Santos (2009), o consumo altamente significativo do MDMA pode estar relacionado com a sua facilidade de acesso e compra e da sua aproximação química com o *ecstasy*. No que se refere ao LSD, apesar da sua alta prevalência nas mulheres participantes, é considerado, teoricamente,

como uma substância de alta dificuldade de obtenção e perigosidade (Loureiro, 2012; Santos, 2009).

Relativamente à prevalência do consumo face às faixas etárias das mulheres utilizadoras de SPA, os resultados do nosso estudo indicam uma maior presença de consumo nas faixas etárias jovens, 15-24 e 25-34. Este facto é reforçado pelo reconhecimento de que a prevalência do uso de substâncias é mais acentuada na população feminina jovem de idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos (Balsa, Vital, & Urbano, 2007; Elberder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008; Galhardo, Cardoso & Marques, 2006; SICAD, 2016) e, menos expressiva nos grupos decenais seguintes (Balsa, Vital, & Urbano, 2007). Por forma, a realçar estes resultados e incorporá-los no contexto do fenómeno dos ambientes recreativos noturnos, segundo Lomba, Apostolo & Batista (2012), a adesão dos sujeitos à cultura recreativa e, consequentes consumos ocorrem nas idades mais jovens, pela lógica de “juvenialização” dos espaços festivos.

Considerando os resultados apresentados na secção anterior denota-se que o consumo, em geral, é realizado na companhia de amigos, o que se assemelha aos resultados obtidos nos estudos de Galhardo, Cardoso e Marques (2006), no qual 27.1% dos consumos ocorrem na presença de amigos. Em acréscimo, a literatura menciona que os amigos são a principal fonte de obtenção de substâncias (Loureiro, 2012), o que pode justificar, em certa medida, a presença acérrima destes durante os consumos. Para mais seguindo o contexto recreativo em que se insere a nossa amostra, a teoria faz referência ao facto de a adesão a espaços festivos ocorrer, maioritariamente, na companhia de amigos, o que sublinha novamente a utilização recreativa das substâncias (Galhardo, Cardoso & Marques, 2006). Considerando esta modalidade de contexto de consumo, parece pertinente mencionar que o grupo-par, nomeadamente, os amigos são considerados como fatores sociais de risco ao consumo feminino (Espinho & Sousa, 2001) devido à significativa vulnerabilidade das mulheres à influência de grupo (Silva, 2011) - o que pode justificar a elevada prevalência de consumo das participantes.

Apesar da predominância da companhia dos amigos durante o consumo, também surgiu nos nossos dados a participação ativa do namorado ou marido da participante, o que pode ir de encontro ao facto de, segundo a literatura, o primeiro contato das mulheres com substâncias psicotrópicas ser tendencialmente influenciado por sujeitos do sexo masculino (Severine, 2004).

A partir dos dados reunidos podemos referir ainda que, a maioria dos consumos ocorreram na pista de dança o que pode estar interligado com as características particulares do festival em que as mulheres participavam (Galhardo, Cardoso & Marques, 2006). Ou seja, pela presença de componentes como a música, a dança e o convívio com os pares, este contexto é um fator de risco ao consumo de SPA (Calafat, Fernández, Juan & Becona, 2005; Calafat, Jerez, Iglesias & Gómez, 2007) - como se comprova pelos resultados do presente estudo.

Em relação ao contexto temporal, os dados obtidos não permitem qualquer tipo de comparação ou aproximação aos estudos relativos a este indicador, uma vez que acrescentando à falta de dados, o tempo (em horas) apresenta discrepâncias elevadas e pouca homogeneidade. Todavia, considerando as diferenças significativas entre os horários de consumo das participantes, e a sua adesão ao serviço de intervenção em crise, pode-se aferir que o fenómeno de crise é multifacetado e característico a cada consumidor, podendo apresentar durações mais curtas ou prolongadas, como é verificado, por exemplo, nas participantes que consumiram 12 horas antes da chegada ao serviço e aquelas que usaram a SPA 1 hora antes da adesão ao programa (Carvalho et. al, 2015).

No que diz respeito às quantidades consumidas, o consumo médio foi de 0.51 gramas ou 510 mg – entre 0.01 e 2 gramas - o que sugere um consumo experimental de baixa dosagem (Balsas, 2005; Figueiredo, 2012; Trigueiros & Carvalho, 2010), como é teoricamente expectável no contexto recreativo (Parker, Williams & Aldridge, 2002). Já no que concerne ao método de consumo, a maioria das substâncias foram consumidas por via de ingestão oral, como por exemplo o LSD; o que se enquadra no método mais convencional de consumo desta substância (Santos, 2009). Em geral, os métodos de consumo utilizados pelas participantes para cada substância vão de encontro ao esperado na teoria, como por exemplo, o consumo de *cannabis* maioritariamente por via fumada, o que se comprova nos estudos de Carvalho (2008), Galhardo, Cardoso e Marques (2006) e Lomba, Apóstolo, Mendes e Campos (2011).

Com os dados provenientes do estudo verificou-se que cerca de 64.8% das participantes referiram o uso de uma só SPA, o que pode sugerir um momento de experimentação (Parker, Williams & Aldridge, 2002). Não obstante, o policonsumo apresenta uma expressão significativa (35.2%) junto das mulheres usuárias. Estes resultados, inerentes ao policonsumo feminino, apresentam uma expressão estatística superior aos dados da população geral do SICAD de 2016, onde se aponta que os

policonsumos apresentam uma prevalência de 21%. Já no estudo de Galhardo, Cardoso e Marques (2006), os policonsumos registrados em contextos recreativos eram de cerca de 57.1%, numa amostra de 77 indivíduos de ambos os géneros – maioritariamente mulheres. Os nossos resultados, em comparação, surgem mais reduzidos mas no entanto não deixam de ser significativos tendo em consideração que são totalmente referentes ao universo feminino. Esta presença significativa dos policonsumos na nossa amostra reflete a forte associação entre as frequentadoras de ambientes recreativos e o consumo de SPA, como faz referência diversos estudos (Augusto, 2011; Santos, 2009).

Importa realçar que, as substâncias que completam as combinações nos policonsumos, podem ser variadas e parecem depender do tipo de contexto em que se inserem. Deste modo, considerando que o festival se remete ao tipo Trance, segundo a literatura as substâncias mais consumidas simultaneamente, neste contexto, são o LSD, MDMA, cogumelos mágicos e a *cannabis* (Calado, 2007). Focando a atenção na nossa amostra podemos verificar que a presença de LSD, MDMA e *cannabis* é realmente forte, o que vai de encontro à teoria. Todavia a prevalência de consumo de cogumelos mágicos é reduzida, sendo ultrapassada pelo álcool – o que pode ser justificado pela presença marcada do álcool como parte do consumo feminino (Hien & Hien, 1998).

Retomando as combinações de substâncias, constatamos que o LSD apresenta um papel central no policonsumo feminino, estando em uso simultâneo com um número elevado de SPA, o que converge com os resultados divulgados por Calado (2006), Bernardo & Carvalho (2012) e EMCDDA (2006). É importante ainda referir a presença significativa do consumo simultâneo de LSD e MDMA que é considerada uma nova tendência em ambientes recreativo e que implica riscos para a saúde das consumidoras (Augusto, 2011). Torna-se ainda relevante mencionar que a maioria das participantes reportaram o uso de duas SPA, seguida do consumo de três SPA em simultâneo e, por fim, de quatro ou mais substâncias – o que vai de encontro aos resultados do estudo de Lomba, Apostolo e Batista (2012).

Tendo em conta a prevalência e o tipo de consumo realizado pela população feminina do estudo, é pertinente compreender o motivo da adesão das mulheres a um serviço de intervenção em crise. Sendo que o mesmo remete-se, geralmente, para a presença de crises nas utentes. Assim, como foi possível constatar pelos dados do estudo, a maioria das participantes apresentaram uma experiência difícil e intencional, com uso de SPA; no entanto, outras situações de crise foram marcadas, nomeadamente, a crise pessoal sem experiência com SPA.

No que respeita às modalidades de adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise, está patente uma tendência das participantes em se encaminhar para o serviço por meio próprio e sem companhia de alguém. À luz da teoria, este método autónomo pode apresentar efeitos negativos e agravosos na experiência de crise, seja pelo aumento de estado de confusão da utente ou pelo facto de a mesma não ter a quem recorrer até chegar ao serviço (Lopez, 2013). No entanto, algumas das participantes chegaram ao serviço acompanhadas por amigos e/ou namorado(a), o que pode ser explicado pelo facto, do contexto relacional apresentar uma enorme influência seja no despoletar da crise seja na prevenção do agravamento de uma crise, com a prestação de auxílio imediato às consumidoras até chegarem ao serviço.

No que diz respeito à permanência das participantes no serviço (n=194), denota-se a existência de um grande desfasamento na faixa temporal, variando entre 1 a 96 horas, o que se constituiu como uma limitação à abordagem reflexiva com base em autores e estudos científicos credibilizados. Todavia, considerando que, segundo a literatura um fenómeno de crise psicadélica tem uma duração limitada de 8 a 12 horas (Nascimento, Lima & Silva, 2017) é verificado que ocorreram situações em que a permanência no serviço excedeu essa faixa temporal por mais de 12 e 84 horas (24 e 96 horas respetivamente). Estas exceções tão discrepantes podem ser compreendidas considerando a elevada ocorrência de policonsumos, que se revelam mais perigosos para a consumidora do que o consumo de substâncias isoladas (Schneider & Antunes, 2010) e, por tal, podem conduzir a uma crise de janela temporal até à sua resolução superior àquela teoricamente esperada (Nascimento, Lima & Silva, 2017). Pode ainda surgir como justificação, as características e circunstâncias particulares de cada consumidor e consumo (Nascimento, Lima & Silva, 2017)

A partir dos resultados do projeto, verificou-se que as mulheres recorrem com maior frequência ao serviço de intervenção em crise no 3º, 4º e 5º dia do festival, observando-se uma tendência de aumento da afluência feminina ao serviço ao longo da semana. Estes factos parecem sugerir a existência de uma relação progressiva positiva entre o consumo de SPA, a experiência de crise e, conseqüente adesão ao serviço de intervenção. Ou seja, como Almeida (2014) e Calafat et. al (2007) referem, uma permanência mais prolongada no ambiente recreativo tende a resultar num aumento da frequência do consumo de SPA e, em consequência, num aumento da procura de apoio junto aos serviços de intervenção – o que se parece verificar na nossa amostra

considerando que a afluência de mulheres no serviço tende a aumentar ao longo do tempo que estas estão no festival.

Por fim, relativamente às modalidades de saída das mulheres do serviço de intervenção em crise, como se verificou pelos dados do presente estudo, a sua maioria sai de forma autónoma e, somente uma participante teve de ser reencaminhada para um CAT. Estes resultados parecem consonantes com as noções tradicionais dos padrões de consumo de substâncias psiquedélicas, no que diz respeito ao seu perfil geralmente não-problemático (Carvalho, 2008), da sua duração limitada e, resolução garantida com ou sem ajuda profissional (Nascimento, Lima & Silva, 2017), não apresentados riscos futuros para a saúde e atividades diárias da consumidora (Balsa, Vital, Urbano & Pascoeiro, 2007; Dinis-Oliveira, 2014; Schneider & Antunes 2010). No que toca à utente reencaminhada para um CAT, esta situação pode advir de uma experiência de *bad trip*, influenciada por diversos fatores, como: a personalidade da participante (autoritária, paranoide, obsessiva, depressiva, introvertida ou ambivalente), o seu diagnóstico (Carvalho et. al, 2015), a falta de conhecimento desta quanto às dosagens e condições de ingestão, a presença de policonsumos (sem controlo) (Schneider & Antunes, 2010) e, a possibilidade de presença de adulteração da substância psicoativa consumida (Carvalho et. al, 2015).

#### **CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO**

No que respeita à caracterização sociodemográfica, verificamos que a maioria das participantes são jovens adultas entre os 15 e os 24 anos, provenientes de diversos países e continentes, o que resulta numa transversalidade cultural e, consequente riqueza na compreensão dos consumos do universo feminino

Foi possível comprovar uma participação mais ativa das mulheres na cultura recreativa e nos consumos, traduzindo-se numa minimização das diferenças entre os géneros nas duas temáticas, pela emersão da identidade feminina na denominada “experimentação social” (Lomba, Apóstolo, Mendes & Campos, 2011). Aliado a isto surge a reconhecimento do aumento do consumo de SPA por parte das participantes ao longo das edições, o que vai de encontro com a constante alteração da prevalência de consumo feminino (Carlini et. al., 2006 cit. in Bolzan, 2015; Carvalho, 2016), nomeadamente, nos ambientes recreativos que surgem fortemente marcados como propulsores do consumo de SPA (Henriques, 2010; Lomba, Apóstolo, Mendes &



Campos, 2011). Verificou-se, quanto aos padrões de uso de SPA, que o grupo dos psicadélicos surge com maior relevo principalmente no que respeita ao LSD, MDMA e *cannabis* indo este de encontro a estudos que realçam a centralidade das substâncias psicadélicas, no universo de consumo feminino (Faria, David & Rocha, 2011; Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann & Junior, 2004). Observou-se ainda que o álcool apresenta uma prevalência significativa que pode ser justificada pela presença marcada deste como parte do consumo feminino (Hien & Hien, 1998).

Ainda na mesma linha de raciocínio, apurou-se uma maior prevalência do consumo nas faixas etárias jovens 15-24 e 25-34, o que se suporta no facto da literatura considerar que a prevalência de consumo feminino é superior no público jovem entre os 18 e 36 anos.

Quanto aos contextos de consumo, verificou-se que, a maioria dos consumos, ocorrem na pista de dança, na companhia de amigos, por via de ingestão oral e, em quantidades reduzidas o que sugere um consumo experimental (Balsas, 2005; Trigueiros & Carvalho, 2010).

No que diz respeito ao facto do local de consumo predominante ser a pista de dança consideramos ser indispensável a presença constante de alguns recursos humanos nesta zona de consumo, de forma a garantir um serviço mais rápido e efetivo que possa eventualmente facilitar o encaminhamento da pessoa para um serviço de intervenção em crise (Loureiro, 2012).

Embora não seja transversal à maioria das participantes, o policonsumo apresentou uma expressão significativa (35.2%) junto das mulheres usuárias, o que deve tornar este padrão de uso num aspeto a ter especial consideração no intuito de evitar implicações e riscos a longo prazo para as consumidoras (Galaif & Newcomb, 1999, cit. in Hibell et. al, 2009). Assim como, esta presença significativa dos policonsumos na nossa amostra reflete a forte associação entre as frequentadoras de ambientes recreativos e o consumo de SPA (Augusto, 2011; Santos, 2009).

Foi evidenciado que a substância LSD apresenta um papel central no poliuso feminino e que, o consumo de duas ou três substâncias predomina os padrões de policonsumo; sendo que a combinação entre LSD e MDMA é o poliuso mais realizado na amostra feminina, como se verifica nos estudos de Calado (2006), Bernardo e Carvalho (2012) e EMCDDA (2006).

No que concerne ao tipo de crise experienciada pela população feminina verificamos que a sua maioria apresentou uma experiência difícil e intencional, com uso

de SPA. No entanto foram registradas outras situações de crise distintas como a crise pessoal sem experiência com SPA, o que realça os objetivos multifacetados e amplos em que um serviço de intervenção em crise se deve basear.

Relativamente à chegada das mulheres ao serviço de intervenção em crise, verificou-se que a maioria chegou sozinha (e.g., amigos), no entanto também se constatou que algumas participantes chegaram acompanhadas por amigos. Nesta linha, foi evidenciado que a permanência no serviço é frequentemente de cerca de 1 hora e a saída do serviço, dá-se na sua maioria, de forma autónoma; resultados estes que parecem retratar as noções tradicionais dos padrões de consumo de substâncias psicadélicas, no que diz respeito ao seu perfil geralmente não-problemático (Carvalho, 2008), de duração limitada e com ausência de riscos futuros para a vida das consumidoras (Dinis-Oliveira, 2014).

Para finalizar, verificou-se que as mulheres recorrem com maior frequência ao serviço de intervenção em crise no 3º, 4º e 5º dia do festival, o que sugere que uma permanência mais prolongada no ambiente recreativo tende a resultar num aumento da frequência do consumo de SPA e, em consequência, num aumento da procura de apoio junto aos serviços de intervenção.

Nesta fase conclusiva importa ainda refletir sobre algumas das limitações que este estudo comporta nomeadamente quanto ao nível da amostra. Primeiramente denotou-se uma escassez de dados quanto aos contextos de consumo (local e com quem) e quantidades ingeridas, o que conduziu à existência de diferentes *n* para cada indicador, tornando a amostra pouco representativa do universo total de participantes, o que anula a possibilidade de generalização dos resultados obtidos neste estudo. Em acréscimo, esta limitação fez-se notar em vários outros indicadores, todavia em menor significância. Quanto às razões para esta limitação, pensamos que o mesmo possa ter ocorrido pela elevada afluência de utentes ao serviço e, de modo simultâneo, o que pode ter privado os *sitters* de registrar todas as informações necessárias.

Por fim, é de apontar a escassa produção teórica quanto ao universo feminino de consumos, nomeadamente, quando intrínsecos aos ambientes recreativos; o que torna este campo ainda bastante desconhecido. Isto revela-se inadequado, principalmente com as inúmeras evidências quanto ao acérrimo crescimento do consumo feminino, pelo que urge a necessidade de obter um maior conhecimento quanto aos padrões e dimensões do consumo feminino, de modo a que se consiga providenciar um suporte interventivo eficaz. Apesar das limitações do presente estudo, conseguimos identificar alguns dos

padrões no que respeita às SPA utilizadas e seus policonsumos, porém ainda está muito por explorar nesta área em específico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. (2014). *Universitários, ambientes recreativos noturnos e comportamentos de risco*. Instituto de ciências humanas. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Augusto, M. (2011). *Álcool e Drogas Ilícitas: O Consumo Recreativo Nocturno*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Azevedo, T. (2015). *Psicoativos: Definição, tipos e efeitos*. Retirado de <http://psicoativo.com/2015/12/psicoativos-definicao-tipos-efeitos.html>.
- Baldaçara, L. (2009). *Transtornos Mentais*. Santa Catarina: Clube de Autores.
- Balsa, C. (2005). Festa e droga: circunstâncias dos consumos de SPA ilícitas na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 17,17-31.
- Balsa, C., Pascoeiro, L., Urbano, C., & Vital, C. (2007). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Balsa, C., Pascoeiro, L., Urbano, C., Vital, C. (2008). *Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral – Portugal 2007*. Lisboa: Instituto da Droga e das Toxicodependências.
- Balsas, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2016*. Lisboa: Instituto da Droga e das Toxicodependências.
- Bellis, M. & Hughes, K. (2005). Nightlife in Liverpool: tackling substance use in a flourishing night time economy. *Nordiskalkohol & Narkotikatidskrift*, 22, 135-137.
- Bernardo, M., & Carvalho, M. (2012). O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses. *Salud y drogas*, 12(2), 227-252.
- Bolzan, L. (2015). *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*. Tese de Mestrado, Faculdade de Serviço Social, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupos para mulheres drogaditas: o que há de feminino? In, Batista, M., Cruz, M., & Matias, R. (Orgs.). *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Brown, S., Martinez, M., & Parsons, L. (2006). *The neural basis of human dance. Cerebral Cortex*. Doi:10.1093/cercor/bhj057.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., & Becoña, E. (2005). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17(2), 145-156.
- Calafat, A., Jerez, M., Iglesias, E., & Gómez, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calado, V. (2006). Drogas sintéticas: mundos culturais, música *trance* e ciberespaço. *Colecção ESTUDOS*, (1), 1-116.
- Calado, V. (2007). *Trance* Psicadélico, Drogas Sintéticas e Paraísos Artificias- Representações: uma Análise a partir do ciberespaço. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), 21-28.
- Carvalho, D., Tobias, F., Moreira, L., & Reis, M. (2014). *Amostragem intencional: definição e aplicações na pesquisa económica*. Retirado de <https://www.passeidireto.com/arquivo/5061003/amostragem-intencional-definicao-e-aplicacoes-na-pesquisa-economica>.
- Carvalho, M. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo: o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, M. (2008). *Investigação naturalista em contextos recreativos – usos de substâncias, segurança e violência*. In Conferência Latino-Americana de Redução de Riscos e Minimização de Danos - CLAT Virtual, Barcelona, Espanha.
- Carvalho, M. (2016). *Ambientes Recreativos Noturnos: as dimensões ambientais e os fenómenos do uso de substâncias psicoativas, do risco e da proteção*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare research Project: process evaluation report*. Universidade Católica do Porto, Porto.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., Rodrigues, M., & Rodrigues, T. (2015) *Crisis Intervention Related to the Use of Psychoactive*

- Substances in Recreational Settings- Evaluating the Kosmicare Project at Boom.*  
Universidade Católica do Porto, Porto.
- Cohen, S. (1960). Lysergic acid diethylamide: side effects and complications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 130(1), 30-40
- Costa, E. (2014). *Toxicomania na sociedade contemporânea: desafio para a prática profissional do enfermeiro*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Cruz, O., & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16(2), 39-47.
- Cruz, V., Oliveira, M., Pinho, L., Coimbra, V., Kantorski, L., Oliveira, J. (2014). Condições sociodemográficas e padrões de consumo de *crack* entre as mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(4), 1068-1076.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000580013>.
- Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., & Barnekow, V. (2008). *HBSC international report from the 2005/2006 survey: Inequalities in young people's health*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Dass-Brailsford, P. (2007). Crisis Interventions. In P. Dass-Brailsford (Eds.), *A practical approach to trauma: empowering intervention* (pp.93-114) USA: Sage Publications, Inc.
- Dinis-Oliveira, R. (2014). Usos Lícito e Ilícito dos Fármacos. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 27(6), 755-766.
- Domingos, D. (2011). *Um Estudo Sobre as Práticas Culturais de Um Movimento Marginal*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.
- Elbreder, M., Laranjeira, R., Siqueira, M., & Barbosa, D. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 9-15.
- Escobar, J., & Roazzi, A. (2010). Panorama contemporâneo do uso terapêutico de substâncias psicadélicas: ayahuasca e psilocibina. *Neurobiologia*, 73(3), 159-172.
- Escohotado, A. (1998). *Apriendendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Madrid: Anagrama.
- Espinho, R. & Sousa, F. (2001). Criatividade e antecedentes ao consumo de drogas. *Análise Psicológica*, 3(19), 389-398.

- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (2006). *Relatório Anual 2006. A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction . (2009). *Polydrugs use: patterns and responses*. Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use-patterns-and-responses>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. Stockholm: ECDC/EMCDDA. Retirado de: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012\\_Guidance\\_ECDC-EMCDDA.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012_Guidance_ECDC-EMCDDA.pdf).
- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction. (2014). *European drug report 2014: Trends and developments*. Luxembourg: Publication Office of the European Union. Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/edr2014>.
- Faria, M., David, H., & Rocha, P. (2011). Inserção e prática religiosa entre mulheres: aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 7(1), 32-37.
- Ferreira, A., I. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10 (2), 65-74.
- Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias: uma breve revisão da literatura. *Revista Toxicodependências*, 9(2), 71-83.
- Figueiredo, R. (2002). *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação*. Retirado de <https://www.researchgate.net/publication/264384108>.
- Fugas, J. (2012). *Mental State Exam Checklist: contribuição para a avaliação de um instrumento de avaliação do estado mental*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Galera, S., Roldán, M., & O'Brien, B. (2005). Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência): papel maternal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1-6.
- Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P. (2006). Consumo de Substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77.
- Garza, A. (2003). Psicodélicos y experiencias místicas:un abordaje científico. *Revista CIENCIA UANL*, 6(2), 257-259.

- Gil, G., Gimenez, J., & De Sauez, C. (2014). Drogas Alucinógenas e sua Detecção laboratorial. *Atas de Ciências da Saúde*, 2(3), 1-15.
- Gomes, K. (2010). *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Guimarães, A., Hochgraf, P., Brasiliano, S., & Ingberman, Y. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69-74.
- Guimarães, J., Godinho, P., Cruz, R., Kappann, J., & Junior, L. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 130-132.
- Harrison, P., Fulkerson, A., & Beebe, J. (1998). DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: A critical examination based on a statewide school survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 486-492.
- Henriques, S. (2003). *O universo do ecstasy – contributos para uma análise dos consumidores e ambientes*. Azeitão: Autonomia 27.
- Henriques, S. (2010). *RSV – Práticas juvenis em contextos recreativos*. Retirado de [www.ram2009.unsam.edu.ar](http://www.ram2009.unsam.edu.ar)
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Weihe, P. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hien, D., & Hien, N. (1998). Women, Violence with Intimates, and Substance Abuse: Relevant Theory, Empirical Findings, and Recommendations for Future Research. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 24(3), 419-438.
- IDT (2007). *Relatório Anual, 2006 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência:
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. California: Brooks/Cole.
- Kosmicare Project. (2010). *Creating safe spaces for difficult psychedelic experiences*.
- Lomba, I., Apostolo J., & Batista, F., (2012). Violência em ambientes recreativos noturnos de jovens portugueses: relação com consumo de álcool e drogas. *Revista de Enfermagem*, 16(3), 500-507.



- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F. & Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e que comportamentos adoptam. *Revista Toxicodependências*, 17 (1), 3-15.
- Lopez, M. (2013). Psicofármacos y espiritualidad: la investigación con sustancias psicodélicas y el surgimiento del paradigma transpersonal. *Journal of Transpersonal Research*, 5(1), 36-57.
- Loureiro, L. (2012). *Consumo de Substâncias Psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nascimento, A. (2008). *Paraíso Psicodélico*. Retirado de <http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/texto-ana-flavia-nascimento-paraíso-psicodelico.pdf>.
- Nascimento, E., Lima, G., & Silva, L. (2017). Bad Trip: abordagem de redução de danos diante de usuários em situação de crise. *HumanÆ: questões controversas do mundo contemporâneo*, 11(1), 1-10.
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2009). *Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas - Portugal 2005*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Oliveira, J., & Paiva, M. (2007). Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de género. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 11(4), 625 - 631.
- Oliveira, J., Nascimento, E., & Paiva, M. (2007). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 11(4), 694-698.
- Oliveira, J., Paiva, M., & Valente, C. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de género. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 473-481.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The Normalization of 'Sensible' Recreational Drug Use Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, 36(4), 941-964.

- Pereira, J. (2014). *Ir para fora cá dentro: a experiência do uso de substâncias psicadélicas*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Puig, J. (2003). LSD y alucinógenos. *Addiciones*, 15, 179-196.
- Rabelo, R. (2016). *Amostragem*. Retirado de <http://www.ebah.pt/content/ABAAABNXgAD/amostragem?part=2>.
- Roberts, A. (1990). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*. USA: Wadsworth Publishing Company.
- Romo, N. (2001). Género y etnografía entre personas usuarias de drogas: el caso del “extásis” en la “cultura del baile”. *Trabajo social y salud*, 39, 321-332.
- Santos, A. (2009). *Droga e trance, olhares cruzados: consumos nas subculturas juvenis*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
- Schneider, D., Antunes, L. (2010). A função imaginária no uso de substâncias psicoativas: contribuições de Jean-Paul Sartre. *Revista NUFEN*, 2(1), p. 6691.
- Severine D. (2004). *The specificities of female drug addiction*. Retirado de <http://www.drugtext.org/Gender-issues/the-specificities-offemale-drug-addiction.html>.
- SICAD (2014). *Segurança e Saúde do Trabalho e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral*. Retirado de [http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentsTecnicoNormativos/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/19/SICAD%20-%20LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentsTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/19/SICAD%20-%20LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral.pdf).
- SICAD (2016). Caracterização e Evolução da Situação - Tendências por Drogas: *Outras Drogas e Policonsumos. Relatório Anual 2016 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*.
- SICAD (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal*. Retirado de [http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/CICSNOVA\\_INPG\\_2017\\_Nota%20para%20imprensa%2019%20Setembro%202017.pdf](http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/CICSNOVA_INPG_2017_Nota%20para%20imprensa%2019%20Setembro%202017.pdf).
- Silva, C., Gobbi, B., & Simão, A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7 (1), 70-81.

- Silva, M. (2011). *Causas do uso de drogas por adolescentes do bairro são benedito no município de formosa-GO*. Tese de Mestrado, Universidade estadual de Goiás, Brasil.
- Silva, T. (2012). *Trajetórias de uso de drogas e experiências de consumo problemático na juventude*. Tese de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Silva, V. (2005). *Techno, House e Trance. Uma Incursão pelas culturas da dance music*. Retirado de [www.idt.pt](http://www.idt.pt): [http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/3/2005\\_03\\_TXT6.pdf](http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/3/2005_03_TXT6.pdf).
- Simões, C., Matos, M., Batista-Foguet, J., & Simons-Morton, B. (2014). Substance Use Across Adolescence: Do Gender and Age Matter? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 179-188.
- Simons-Morton, B. G., Farhat, T., Ter Bogt, T. F., Hublet, A., Kuntsche, E., & Nic Gabhainn, S., (2009). Gender specific trends in alcohol use: Cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 54(2), 199-208.
- Soar, K., Turner, J., & Parrott, A. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, 20(3), 417-424.
- Thomas, S., Deas, D., Grindlinger, D. (2003). Differences in Dependence Symptoms and Psychiatric Severity in Adolescents with Substance Use Disorders . *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 19-34.
- Trigueiros, L., Carvalho, M. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16(3), 29-44.
- Vale, I. (2000) *Didática da Matemática e Formação Inicial de Professores num Contexto de Resolução de Problemas e de Materiais Manipuláveis*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., & De Bourdeaudhui, I. (2009). The influence of age and gender on party drug use among young adults attending dance events, clubs, and rock festivals in Belgium. *Substance use & misuse*, 44(13), 1899-1915.

# **ANEXO 1**

## **Instrumentos**

### 1.1 Visitor Report Form/Arrival (V.R.F.A)

Part 1 Visitor Demographics					
1.Age					
2.Sex	Male		Female		
3.Previous times at the Festival	First time	Once	Twice	Three or more	
Part 2 Arrival at KC					
4.This visitor was brought by:	KC Team	Medics	Friends	His/Her own	Other: (Describe)
5.If brought by friends, signal if stayed with him/her:	Yes		No		(Describe)
6.This visitor was brought because:		Was having a difficult but intentional experience with a psychoactive substance (PAS).			
		Was dosed with a PAS on accident, or potentially on accident.			
		Was having a personal crisis not related to PAS use.			
		Was having a mental crisis not related to PAS use.			

		Other. Describe:				
<b>Part 3</b>						
<b>Psychoactive Substance Use (PAS) (when presented; signalling if “unknown”)</b>						
<b>7.Name of PAS</b>	<b>8.Ingestion quantities</b>	<b>9.Ingestion Day</b>	<b>10.Ingestion Time</b>	<b>11.Ingestion context (where; with whom)</b>	<b>12.Ingestion strategy (e.g. snorted, smoked)</b>	<b>13.Ingestion with alcohol (yes or no)</b>
<b>Part 4</b>						
<b>Physical and mental condition on arrival</b>						
<b>14. Describe visitor’s physical condition</b>						
<b>15. Describe visitor’s psychological condition.</b>						
<b>16. Describe presented symptoms and their severity.</b>						
<b>17. Describe any relevant/related medical history facts (mental or physical).</b>						

## 1.2 Visitor Report Form/Departure (V.R.F.D)

<b>1. Number of hours visitor stayed at KC:</b>	____hours; or ____days					
<b>2. Signal how was visitor released:</b>	On his/her own	Escorted back to camping	To medics	To friends	To off-site medical or mental facility	Other (describe)
<b>3. Describe visitor's current psychological condition.</b>						
<b>4. Describe visitor's current physical condition.</b>						
<b>5. This visitor was helped by KC services:</b>	<i>Yes, much</i>	<i>Yes, a little</i>	<i>More or less</i>	<i>Not much</i>	<i>Don't know/Can't tell</i>	Comments:
<b>6. This visitor received a follow-up form/informed consent form upon departure:</b>	Yes		No			Comments:
<b>7. Other comments (for e.g. visitor's verbalizations regarding the experience of KC):</b>						

# **ANEXO 2**

## **Estatísticas Descritivas**



### 2.1. Frequência de participação das mulheres no festival

Grupo		N	%
Número de vezes no Festival*	1	165	44.2
	2	39	10.5
	3	12	3.2

*Nota.\** n=216, uma vez que não se recolheram informações sobre o número de ocasiões em que as participantes estiveram no festival para a amostra total.

## 2.2. Prevalência de Consumo de SPA na população feminina (por cada ano)

	Grupo	N	%
Prevalência do Consumo de SPA (2012)*	LSD	19	37.3
	MDMA	9	17.6
	<i>Cannabis</i>	6	11.8
	<i>Ecstasy</i>	3	5.9
	Mescalina	1	2.0
	Cogumelos	2	3.9
	GHB	1	2.0
	Álcool	1	3.9
Prevalência de Consumo de SPA (2014)**	LSD	92	55.1
	MDMA	34	20.4
	Anfetaminas	10	6.0
	<i>Ketamina</i>	4	2.4
	Cocaína	5	3.0
	<i>Cannabis</i>	16	9.6
	<i>Ecstasy</i>	3	1.8
	2CB	2	1.2
	DMT	1	0.6
	Mescalina	1	0.6
	Cogumelos	9	5.4
	GHB	1	0.6
	Álcool	11	6.6
	LSD	78	50.3
Prevalência do Consumo de SPA (2016)***	MDMA	30	19.4
	Anfetaminas	12	7.7
	<i>Ketamina</i>	11	7.1
	Cocaína	4	2.6
	<i>Cannabis</i>	32	20.6
	<i>Ecstasy</i>	7	4.5
	2CB	7	4.5
	DMT	1	0.6
	DOC	1	0.6
	Mescalina	1	0.6
	Cogumelos	7	4.5
	GHB	2	1.3
	Ópio	7	4.5
	Álcool	27	17.4

Nota. \*n=34 corresponde á prevalência de consumo de qualquer SPA no ano de 2012.

\*\*n=123 corresponde á prevalência de consumo de qualquer SPA no ano de 2014.

\*\*\*n=130 corresponde á prevalência de consumo de qualquer SPA no ano de 2016.

### 2.3. Prevalência de Consumo por faixa etária

	Grupo	N	%	n=189*
Faixa Etária (15-24)	Não consumo	11	10.4	5.82
	Consumo	90	84.9	47.62
Faixa Etária (25-34)	Não consumo	6	9.4	3.17
	Consumo	58	90.6	30.69
Faixa Etária (35-44)	Não consumo	3	21.4	1.59
	Consumo	11	78.6	5.82
Faixa Etária (45-54)	Não consumo	1	20.0	0.53
	Consumo	4	80.0	2.12

Nota. \*n=189 corresponde á prevalência de consumo de qualquer SPA nos diferentes grupos etários em relação ao n total da idade (em percentagem)

### 2.4. Padrões de Consumo de *Cannabis*

	Grupo	N	%
Consumo de <i>Cannabis</i> *	Não Consumiu	297	79.6
	Consumiu	54	14.5
Quantidade de <i>Cannabis</i> consumido (gramas) **	X=0.75; DP= 0.35355; variação 0.5 a 1.00		
Quando consumiu <i>Cannabis</i> (horas) ***	X=5.38; DP=4.897; variação 1 a 13		
Onde ocorreu o consumo de <i>Cannabis</i> ****	Pista de Dança	1	.3
Com quem consumiu <i>Cannabis</i> *****	Amigos	7	1.9
	Namorado/a ou Marido/Mulher	1	.3
Via de consumo de <i>Cannabis</i> *****	Fumada	11	2.9
	Comida	6	1.6

Nota. \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de *Cannabis* para a amostra total de participantes.

\*\* n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de *Cannabis* consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\* n=8, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de *Cannabis* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\* n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de *Cannabis* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\* n=8, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de *Cannabis* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\* n=17, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de *Cannabis* para a amostra total de participantes.

## 2.5. Padrões de Consumo de Álcool

	Grupo	N	%
Consumo de Álcool*	Não Consumiu	311	83.4
	Consumiu	40	10.7
Quando consumiu			
X=14.00; DP=9.933; variação=3-31 horas			
álcool (horas) **			
Onde ocorreu o consumo de álcool***	Pista de Dança	2	.5
Com quem consumiu álcool****	Amigos	7	1.9

Nota. \* n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Álcool para a amostra total de participantes.

\*\* n=7, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de Álcool para a amostra total de participantes.

\*\*\* n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de Álcool para a amostra total de participantes.

\*\*\*\* n=7, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de Álcool para a amostra total de participantes.

## 2.6. Padrões de Consumo de Cocaína

	Grupo	N	%
Consumo de Cocaína*	Não Consumiu	342	91.7
	Consumiu	9	2.4
Quantidade de Cocaína consumido			
X=0.50			
(gramas) **			
Quando consumiu Cocaína (horas) ***			
X=12			
Onde ocorreu o consumo de Cocaína****	Pista de Dança	1	.3
Com quem consumiu Cocaína*****	Amigos	1	.3
Via de consumo de Cocaína*****	Fumada	2	.5

Nota. \* n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Cocaína para a amostra total de participantes.

\*\* n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de Cocaína consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\* n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de Cocaína para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de Cocaína para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de Cocaína para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de Cocaína para a amostra total de participantes.

## 2.7. Padrões de Consumo de Anfetaminas

	Grupo	N	%
Consumo de Anfetaminas*	Não Consumiu	329	88.2
	Consumiu	22	5.9
Quando consumiu Anfetaminas			
(horas) **	X=12.00		
Onde ocorreu o consumo de			
Anfetaminas***	Pista de Dança	1	.3
Com quem consumiu			
Anfetaminas****	Amigos	2	.5
Via de consumo de			
Anfetaminas*****	Oral	1	.3
	Snifada	2	.8

Nota.\*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Anfetaminas para a amostra total de participantes.

\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de Anfetaminas para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de Anfetaminas para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de Anfetaminas para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=3, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de Anfetaminas para a amostra total de participantes.

## 2.8. Padrões de Consumo de Ketamina

	Grupo	N	%
Consumo de <i>Ketamina</i> *	Não Consumiu	336	90.1
	Consumiu	15	4.0
Quantidade de <i>Ketamina</i> consumido (gramas)**			
		X=0.6; DP=0.56569; variação 0.2 a 1.00	
Quando consumiu <i>Ketamina</i> (horas)***			
		X=7.40; DP=5.079; variação 2 a 12	
Onde ocorreu o consumo de <i>Ketamina</i> ****	Acampamento	2	.5
Com quem consumiu <i>Ketamina</i> *****	Amigos	2	.5
	Sozinha	1	.3

Via de consumo de	Snifada	2	.5
<i>Ketamina</i> *****	Oral	2	.5

Nota. \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de *Ketamina* para a amostra total de participantes.

\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de *Ketamina* consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=5, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de *Ketamina* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de *Ketamina* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=3, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de *Ketamina* para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=4, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de *Ketamina* para a amostra total de participantes.

## 2.9. Padrões de Consumo de Cogumelos

	Grupo	N	%
Consumo de Cogumelos*	Não Consumiu	333	89.3
	Consumiu	18	4.8
Quando consumiu cogumelos (horas) **		X=24.00	
Com quem consumiu cogumelos ***	Amigos	2	0.5
Via de consumo de cogumelos ****	Oral	7	1.9

Nota. \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Cogumelos para a amostra total de participantes.

\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de Cogumelos para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de Cogumelos para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=7, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de Cogumelos para a amostra total de participantes.

## 2.10. Padrões de Consumo de 2CB

Consumo de 2CB*	Não Consumiu	342	91.7
	Consumiu	9	2.4
Quantidade de 2CB consumido (gramas) **		X=0.11; DP=.12728; variação=0.02 a 0.2	
Quando consumiu 2CB (horas) ***		X=35.33; DP=32.146; variação=12 a 72	
Onde ocorreu o consumo de 2CB ****	Pista de Dança	1	.3
Com quem consumiu	Amigos	1	.3

2CB*****	Namorado/a ou Marido/Mulher	1	.3
Via de consumo de 2CB*****	Oral	4	1.1

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de 2CB para a amostra total de participantes.

\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a quantidade de 2CB consumida para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=3, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de 2CB para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de 2CB para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de 2CB para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=4, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de 2CB para a amostra total de participantes.

## 2.11. Padrões de Consumo de DMT

	Grupo	N	%
Consumo de DMT*	Não Consumiu	349	93.6
	Consumiu	2	.5
Quando consumiu DMT (horas)**		X=12	
Onde ocorreu o consumo de DMT***	Praia	1	.3
Com quem consumiu DMT****	Amigos	1	.3
Via de Consumo de DMT*****	Oral	1	.3

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de DMT para a amostra total de participantes.

\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de DMT para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de DMT para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de DMT para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de DMT para a amostra total de participantes.

## 2.12. Padrões de Consumo de Ópio

	Grupo	N	%
Consumo de Ópio*	Não Consumiu	344	92.2
	Consumiu	7	1.9
Via de consumo	Fumada	2	.5

de Ópio\*\*

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Ópio para a amostra total de participantes.

\*\*n=2, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de Ópio para a amostra total de participantes.

### 2.13. Padrões de Consumo de Substâncias Indefinidas

	Grupo	N	%
Consumo de Substâncias Indefinidas*	Não Consumiu	319	85.5
	Consumiu	32	8.6
Via de consumo de Substâncias Indefinidas**	Oral	6	1.6

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de substâncias indefinidas para a amostra total de participantes.

\*\*n=6, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de substâncias indefinidas para a amostra total de participantes.

### 2.14. Padrões de Consumo de Ecstasy

	Grupo	N	%
Consumo de Ecstasy*	Não Consumiu	338	90.6
	Consumiu	13	3.5
Com quem consumiu Ecstasy**	Amigos	1	.3

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Ecstasy para a amostra total de participantes.

\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de Ecstasy para a amostra total de participantes.

### 2.15. Padrões de Consumo de GHB

	Grupo	N	%
Consumo de GHB*	Não Consumiu	348	93.3
	Consumiu	4	1.1
Quando consumiu GHB (horas)**		X=27.00	
Onde ocorreu o consumo de GHB***	Praia	1	.3



Com quem consumiu GHB****	Amigos	2	0.5
	Namorado/a ou	1	.3
	Marido/Mulher		
Via de consumo de GHB*****	Oral	1	.3

*Nota.* \*n=352, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de GHB para a amostra total de participantes.

\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a hora do consumo de GHB para a amostra total de participantes.

\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o local do consumo de GHB para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre o contexto (com quem) do consumo de GHB para a amostra total de participantes.

\*\*\*\*\*n=1, uma vez que não se recolheram informações sobre a via de consumo de GHB para a amostra total de participantes.

## 2.16. Padrões de Consumo de Mescalina

	Grupo	N	%
Consumo de Mescalina*	Não Consumiu	348	93.3
	Consumiu	3	.8

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de Mescalina para a amostra total de participantes.

## 2.17. Padrões de Consumo de DOC

	Grupo	N	%
Consumo de DOC*	Não Consumiu	350	93.6
	Consumiu	1	.3

*Nota.* \*n=351, uma vez que não se recolheram informações sobre a prevalência do consumo de DOC para a amostra total de participantes.

## 2.18. Combinações de SPA (mais significativas) dos policonsumos no universo feminino

	Grupo	N	%
Policonsumos (2 Substâncias) *	LSD + MDMA	10	9.9
	LSD + Álcool	9	9.09
	LSD + <i>Cannabis</i>	6	6.06
	LSD + <i>Ecstasy</i>	5	5.05
	MDMA + Álcool	5	5.05
	MDMA + <i>Cannabis</i>	4	4.04
Policonsumos	LSD + MDMA +	3	3.03

(3 Substâncias) *	<i>Ketamina</i>		
	LSD + MDMA + Álcool	3	3.03
Policonsumos (4 a 7 substâncias) *	LSD + MDMA + <i>Cannabis</i> + Álcool	2	2.02
	LSD + MDMA + Anfetaminas + <i>Cannabis</i> + Álcool	3	3.03

*Nota.* \*n=101, referente ao total de policonsumos para a amostra considerada.

### 2.19. Modalidades de adesão das participantes ao serviço de intervenção em crise

	Grupo	N	%
Como chegou ao Kosmicare*	Amigos	106	28.4
	Por si	119	31.9
	Em Casal	8	2.1
	Paramédicos	10	2.7
	Seguranças	4	1.1
	Namorado/a	18	4.8
	KC Team	21	5.6
	Desconhecido	16	4.3

*Nota.* \*n=302, uma vez que não se recolheram informações sobre as modalidades de adesão para a amostra total de participantes.

### 2.20. Número de participantes no serviço de intervenção em crise em cada dia do festival ao longo das edições de 2012,2014 e 2016

	Dia do Festival	N	%
Nº participantes no KC em cada dia do festival (2012, 2014, 2016) *	1ºDia	6	1.76
	2ºDia	27	7.99
	3ºDia	72	21.30
	4ºDia	57	16.86
	5ºDia	71	21.01
	6ºDia	42	12.43
	7ºDia	42	12.43
	8ºDia	21	6.22

*Nota.* \*n=338, uma vez que não se recolheram informações sobre a frequência dos participantes em cada dia do festival para a amostra total de participantes.